



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

Talita Santos Dourado

**EQUIPE DE CONSULTÓRIO NA RUA DE FLORIANÓPOLIS: REFLEXÕES
SOBRE O CUIDADO NA PERSPECTIVA DA ATENÇÃO PSICOSSOCIAL**

Florianópolis

2018

Talita Santos Dourado

**EQUIPE DE CONSULTÓRIO NA RUA DE FLORIANÓPOLIS: REFLEXÕES
SOBRE O CUIDADO NA PERSPECTIVA DA ATENÇÃO PSICOSSOCIAL**

Trabalho de conclusão de curso, referente à disciplina: Trabalho de Conclusão de Curso I (INT5181) do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, como requisito parcial para aprovação.

Orientadora: Profa. Dra. Maria Terezinha Zeferino

Florianópolis

2018

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor,
através do Programa de Geração Automática da Biblioteca Universitária da UFSC.

Dourado, Talita Santos

Equipe de Consultório na Rua de Florianópolis : reflexões
sobre o cuidado na perspectiva da atenção psicossocial /
Talita Santos Dourado ; orientador, Maria Terezinha
Zeferino, 2018.

77 p.

Trabalho de Conclusão de Curso (graduação) -
Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências
da Saúde, Graduação em Enfermagem, Florianópolis, 2018.

Inclui referências.

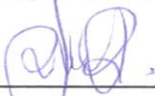
1. Enfermagem. 2. Consultório na rua. 3. População em
situação de rua. 4. Atenção psicossocial. 5. Rede de Atenção.
I. Zeferino, Maria Terezinha. II. Universidade Federal de
Santa Catarina. Graduação em Enfermagem. III. Título.

Talita Santos Dourado

**EQUIPE DE CONSULTÓRIO NA RUA DE FLORIANÓPOLIS: REFLEXÕES
SOBRE O CUIDADO NA PERSPECTIVA DA ATENÇÃO PSICOSSOCIAL**

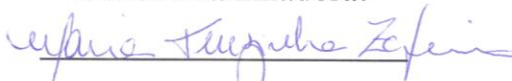
Este Trabalho Conclusão de Curso foi julgado adequado como requisito parcial para obtenção do Título de “Enfermeiro” e aprovado e sua forma final pelo Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina.

Florianópolis, 13 de novembro, 2018



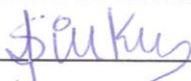
Prof. Dr. Jeferson Rodrigues
Coordenador do Curso de Graduação em Enfermagem

Banca Examinadora:



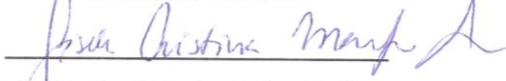
Prof. Dr. Maria Terezinha Zeferino

Orientadora e Presidente



Prof.ª Dr.ª Silvana Silveira Kempfer

Membro Efetivo



Prof.ª Dr.ª Gisele Cristina Manfrini Fernandes

Membro Efetivo



Enfª Mestranda Daymée Taggesell de Córdova

Membro Efetivo

Dedicatória

Dedico esse trabalho a minha família, que mesmo distante geograficamente, sempre se fez presente na minha trajetória acadêmica e sem a qual eu teria sucumbido às adversidades encontradas. Dedico também aos amigos, que estiveram comigo e me ajudaram de diversas maneiras.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a minha mãe, Maria Júlia Santos Dourado, pelo exemplo de garra e determinação que sempre fostes, ao meu pai, Luís Carlos Santos Dourado, por tudo que fizestes por mim, pelo caráter e honestidade que transbordas. Ao meu irmão, Luiz Mário Santos Dourado, cuja presença em minha vida sempre foi indispensável, seja na cumplicidade silenciosa ou no carinho recíproco declarado. Ao meu irmão, Tiago Santos Dourado, pelo ato de bravura de sua vida e leveza estranha que possui e me transmite, vocês são, a melhor ponte com o meu passado.

Agradeço aos meus tios paternos, Gicélio de Castro Dourado, Neura Maria Santos Dourado e Maria Célia Santos Dourado, pela participação efetiva na minha formação, muito do que sou, se deve, aos ensinamentos que me transmitiram, ao tempo dedicado a mim, das mais diversas maneiras, na informalidade do cotidiano da nossa família, nesse caso, a função de educador sempre transpôs os muros da escola.

Agradeço aos meus tios maternos, Maria Silvia Marques Dourado Ferreira, Maria Célia Marques Dourado, José Carlos Marques Dourado e Neuton Marques Dourado, pelo carinho, respeito e amor, por esse aconchego familiar que sempre se fez presente nos nossos encontros.

Agradeço aqueles que já não se encontram mais aqui, nesse plano terreno, meus queridos avós, Joviniano de Castro Dourado e Edgar de Castro Dourado, cujas presenças ainda se fazem vivas na memória e me remetem a doces lembranças. Minhas avós, Luíza Santos Dourado e Ozana Marques Dourado que foram e sempre serão, um exemplo de força feminina para mim. Esse agradecimento se estende ao restante da família.

Agradeço a Salete Brasil, que me ensinou muito e esteve presente, muitas vezes, como uma luz a me guiar. A Maria Aparecida Borges, por me ensinar um pouco mais sobre amor, a Vanessa Michele Canei, sem a qual a realização desse trabalho não seria possível e com quem tenho aprendido muito, ao Kelvis Fischer, o irmão que a vida me trouxe e por quem eu tenho muito carinho.

Ao meu namorado Rodrigo Martins de Rezende que é uma das coisas mais lindas que a vida me trouxe, sem o qual eu não teria conseguido concluir esse trabalho.

A prof^a Dr^a Maria Terezinha Zeferino que embarcou nessa empreitada comigo me possibilitando vivenciar essa experiência única.

E por fim a Banca, Prof^a Dr^a Silvana Silveira Kempfer, Prof^a Dr^a Gisele Cristina Manfrini Fernandes e Enf^a Daymée Taggesell de Córdova, que contribuíram de forma significativa na construção e lapidação do trabalho.

RESUMO

A população em situação de rua esteve durante muito tempo à margem dos serviços públicos, marginalizada em sua condição de vida, configurando o retrato da exclusão social e a inexistência de garantia de direito. Nessa perspectiva a saúde como dispositivo público integral e universal, enfrenta sérios desafios na condução do cuidado a essa população específica. Nesse prisma, o presente projeto tem como objetivo geral: Promover junto a equipe do Consultório na Rua de Florianópolis, reflexões acerca do cuidado na perspectiva da atenção psicossocial, considerando o seu papel, sua articulação com as redes e as ofertas de cuidado. Para tanto os objetivos específicos são: Identificar o papel da equipe dentro da rede de saúde; levantar estratégias de cuidado utilizadas; estimular a equipe a refletir na lógica da atenção psicossocial. Quanto à finalidade do estudo trata-se de uma pesquisa do tipo descritiva exploratória de natureza qualitativa. Como instrumento de coleta utilizou-se um questionário individual com dois eixos centrais: Papel do consultório na rua e Estratégias de cuidado utilizadas pela equipe. A partir das respostas do questionário mediante entrevista, foi proposta a técnica de grupo focal para estimular a equipe a refletir sobre o cuidado na perspectiva da atenção psicossocial, que teve como questão disparadora: A partir das respostas do questionário e das políticas nacionais de atenção básica e de saúde mental, que papel estratégico a ECR tem desempenhado? E dentro desse papel qual tem sido a relevância da atenção psicossocial? A análise dos dados foi realizada a partir da técnica de análise de conteúdo proposta por Bardin. Resultados encontrados: As estratégias de cuidado da equipe do Consultório na rua perpassam por modelos de atenção em saúde e se encontram em processo de estruturação para atenção psicossocial. Conclusão: A atenção psicossocial ainda se encontra como um desafio nas práticas cotidianas da equipe, se configurando como uma ruptura necessária ao modelo hegemônico biomédico, possibilitando a integralidade do cuidado.

Palavras-chave: Consultório na rua. População em situação de rua. Atenção psicossocial. Rede de Atenção

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABNT – Associação Brasileira de Normas Técnicas

CETAD – Centro de Estudos e Terapias do Abuso de Drogas

ECR – Equipe do Consultório na Rua

ESF– Estratégia Saúde da Família

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

ICOM – Instituto Comunitário Grande Florianópolis

IPEA – Instituto de Pesquisas Econômicas Aplicadas

OMS– Organização Mundial de Saúde

PNAB – Política Nacional de Atenção Básica

PNPSR – Política Nacional da População em Situação de Rua

PNSM – Política Nacional de Saúde Mental

PSF – Programa Saúde da Família

PSR – População em Situação de Rua

RAPS – Rede de Atenção Psicossocial

RAS – Rede de Atenção a Saúde

SENAD – Secretária Nacional de Atenção às Drogas

SUS – Sistema Único de Saúde

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	9
2 OBJETIVOS	11
2.1 OBJETIVOS GERAIS	11
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	11
3 REVISÃO DE LITERATURA.....	12
3.1 POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL NO BRASIL.....	12
3.2 CONSULTÓRIO NA RUA.....	20
3.3 POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA	25
4 ASPECTOS METODOLÓGICOS	36
4.1 CENÁRIO DO ESTUDO	36
4.2 PARTICIPANTES DO ESTUDO	36
4.3 COLETA DE DADOS	37
4.4 REGISTROS DAS INTERAÇÕES	38
4.5 ANÁLISE DOS DADOS	39
4.6 CUIDADOS ÉTICOS	39
5 RESULTADOS	41
5.1 MANUSCRITO: EQUIPE DE CONSULTÓRIO NA RUA: PAPEL ESTRATÉGICO NO CUIDADO A UMA POPULAÇÃO ESPECIFICA	41
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	63
REFERÊNCIAS	65
APÊNDICE A: instrumento para entrevista	69
APÊNDICE B: Roteiro Grupo Focal.....	70
APÊNDICE C: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE.....	71
ANEXO - Aprovação do Comitê de Ética	73

1 INTRODUÇÃO

O fenômeno população em situação de rua se faz presente na maioria dos centros urbanos das cidades brasileiras e corresponde a uma grande parcela de cidadãos do território nacional, que vivem numa constante invisibilidade frente a sociedade e seus mecanismos públicos (VARANDA, ADORNO, 2004)

Esse contingente populacional é o reflexo da exclusão social que assola cada vez mais indivíduos, que por diversas questões não se enquadram no modelo econômico vigente e passam a viver a margem do sistema, em precárias condições de vida, fazendo das ruas seu espaço de moradia (SILVA, 2005).

Apesar da marginalização e da escassez de serviços direcionados a essas pessoas, existem algumas iniciativas governamentais que visam a garantia do direito e o resgate a cidadania dessa parcela, entre estas, o Ministério da Saúde instituiu em 2009 a Política Nacional para a população em situação de rua (PNPSR) e em 2011, dentro da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), a modalidade Consultório na Rua (CnaR), na tentativa de aproximar e garantir o acesso a saúde das pessoas em situação de rua, com um consultório funcionando na rua, uma equipe destinada a esse público específico, trabalhando in loco (BRASIL, 2017).

A PNPSR estabelece amplos objetivos destinados a essa população e abrange vários segmentos sociais, traçando a necessidade de uma intersetorialidade entre eles. No que concerne à saúde, a política objetiva assegurar amplamente o acesso, de forma simples e segura a serviços e programas que integrem diversas políticas públicas, e entre elas as da saúde. Além de criar meios de articulação entre o Sistema Único de Assistência Social e o Sistema Único de Saúde, numa tentativa de qualificar a oferta de serviços (BRASIL, 2009).

Dentro da PNAB a modalidade CnaR, visa ampliar o acesso da população em situação de rua aos serviços de saúde, ofertando, de maneira mais oportuna, atenção integral à saúde para esse grupo populacional, o qual se encontra em condições de vulnerabilidade e com os vínculos familiares interrompidos ou fragilizados (BRASIL, 2017).

Cabe salientar, que para a efetividade das ações do consultório na rua é de suma importância conhecer e incorporar na prática cotidiana das equipes, a política nacional destinada a essa população, bem como, todos os dispositivos públicos que versam sobre essa temática.

Portanto, as equipes que compõem estes consultórios devem desenvolver estratégias de cuidado na lógica de interação entre as redes, incorporando as diretrizes da atenção básica

que se estabelece como a principal porta de entrada na Rede de Atenção à Saúde (RAS) assumindo a responsabilidade sanitária num território definido, assim como, com a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), que se desenvolve na lógica do cuidado integral para as necessidades das pessoas com transtornos mentais e os decorrentes de substâncias psicoativas e busca promover ações pra reinserção social e reabilitação, incluindo a redução de danos (BRASIL, 2017)

Apesar dessas iniciativas, o avanço à saúde da população em situação de rua ainda é incipiente frente as reais necessidades desse segmento populacional, que esteve durante muito tempo invisível perante as políticas públicas e, portanto, ainda é um desafio convergir à teoria em práticas efetivas, o que denota um exercício cotidiano de mudanças de paradigmas sociais e de saúde (BRASIL, 2008)

Nessa perspectiva, o olhar do diagnóstico pode ser insuficiente frente aos problemas que emergem das condições da vida na rua, ao mesmo passo que, um cuidado integral baseado em recomendações de prevenção e promoção de saúde, pode ser igualmente ineficiente. Portanto, é fundamental compreender a dinâmica de trabalho recente, protagonizado pelo consultório na rua e como se configura sua pratica. Essa compreensão perpassa intrinsecamente pela reflexão dos profissionais acerca do seu lugar dentro da rede e qual papel tem desenvolvido (VARANDA; ADORNO, 2004).

A aproximação com a equipe do Consultório na Rua de Florianópolis, durante o primeiro estágio supervisionado da graduação, no Centro de Saúde onde ela se encontra alocada, despertou a curiosidade sobre essa modalidade até esse momento pouco conhecida e nunca mencionada durante a graduação. A realização de atendimentos em conjunto a população em situação de rua e do acompanhamento de atividades itinerantes suscitou indagações sobre essa modalidade, os profissionais que a compunham, seu surgimento, suas práticas entre tantos outros fatores intrínsecos na dinâmica do trabalho das equipes de saúde. A não percepção da atenção psicossocial e de práticas nesse sentido, o que me levou a pesquisar esse universo até então desconhecido e culminou na questão de pesquisa. Como a equipe do Consultório na Rua de Florianópolis desenvolve o seu papel estratégico na lógica da atenção psicossocial?

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVOS GERAIS

Promover, junto a equipe do Consultório na Rua de Florianópolis, reflexões acerca do cuidado na perspectiva da atenção psicossocial, considerando o seu papel, sua articulação com as redes e as ofertas de cuidado.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar o papel da equipe dentro da rede de saúde;
- Levantar estratégias de cuidado utilizadas pela equipe;
- Estimular a equipe a refletir sobre o cuidado na lógica da atenção psicossocial.

3 REVISÃO DE LITERATURA

3.1 POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL NO BRASIL

“O muro do manicômio a ser demolido é qualquer muro que impeça de ver (e usar) outros saberes e outros recursos” (SARACENO, 1999, p. 98).

A reforma sanitária e a criação do SUS culminaram em um novo modelo de saúde significativo e de inegáveis contribuições para a saúde da população brasileira, (BRASIL, 2010). Um dos marcos dessa reforma foi à conferência nacional de saúde onde se discutiu a reformulação do modelo nacional de saúde e teve entre os temas centrais, o dever do estado e o direito do cidadão no que concerne à saúde, além disso, a discussão abarcou temas específicos, como o cuidado médico hierarquizado, baseando-se em especializações e discutiu-se amplamente a participação popular nos serviços de saúde (PAIM, 2008).

Está em curso uma reforma democrática não anunciada ou alardeada na área da saúde. A Reforma Sanitária brasileira nasceu na luta contra a ditadura, com o tema Saúde e Democracia, e estruturou-se nas universidades, no movimento sindical, em experiências regionais de organização de serviços. Esse movimento social consolidou-se na 8ª Conferência Nacional de Saúde, em 1986, na qual, pela primeira vez, mais de cinco mil representantes de todos os seguimentos da sociedade civil discutiram um novo modelo de saúde para o Brasil. O resultado foi garantir na Constituição, por meio de emenda popular, que a saúde é um direito do cidadão e um dever do Estado (AROUCA, 1998, p. 193).

Apesar do significado dessa transformação histórica, tornaram-se necessárias reorganizações dos serviços, devido a intensa fragmentação das ações em saúde, pois o modelo de atenção, esteve durante muito tempo centrado no cuidado médico com finalidade curativa, não abarcando a complexidade do indivíduo e sua integralidade, o que suscitou e ainda suscita novas maneiras de se organizar e prestar serviços no âmbito da saúde, pautado na realidade atual da população brasileira (BRASIL, 2010).

O modelo piramidal adotado pelo SUS que propunha uma hierarquização dos serviços mostrou-se ineficiente, gerando novas formas de gestão e novas maneiras de organizar o cuidado, mais próximo dos indivíduos, com moldes regionais abarcando e os princípios do sistema único de saúde de integralidade, universalidade e equidade, com um caráter longitudinal das ações em saúde (MATTOS, 2007).

A hierarquização dos serviços desse modelo pressupõe a classificação de acordo com a complexidade, no entanto, sem observância da continuidade precisa na atenção à saúde, sendo caracterizado pela sua fragmentação e organização através de um conjunto de pontos isolados, onde a comunicação entre eles, não é priorizada, impossibilitando um cuidado integral (CECÍLIO, 1997).

Atrelado a essa subdivisão do setor saúde e a ineficiência das ações organizadas por graus de complexidade, fatores demográficos e epidemiológicos reforçam a premência da reestruturação do sistema único de saúde (BRITO 2007).

A população vive uma complexa transição demográfica, com um número crescente de idosos e por consequente, um considerável aumento de condições crônicas de saúde, que se alia ao fato do país possuir um perfil epidemiológico de tripla carga de doenças, que envolve, ao mesmo tempo, uma agenda não concluída de infecções, desnutrição e problemas de saúde reprodutiva; características dos países subdesenvolvidos (BRITO 2007).

Segundo Brito (2007) “o percentual de pessoas idosas maiores de 65 anos, que era de 2,7% em 1960, passou para 5,4% em 2000 e alcançará 19% em 2050, superando o número de jovens”.

De acordo com dados da Pesquisa Nacional de Amostra Domiciliar 79,1% dos brasileiros de mais de 65 anos de idade relataram ser portadores de, pelo menos, uma das doze doenças crônicas selecionadas (IBGE, 2008).

Conforme a consolidação do SUS e seus desdobramentos a partir da sua implantação surgem a necessidade de ações que concomitantemente englobem o manejo das doenças crônicas e serviços no âmbito de problemas agudos de saúde (BRASIL, 2010).

Através de recortes sociais e conhecimentos regionais acerca da população brasileira, evidencia-se a dinâmica da construção da saúde e suas segmentações perante o sistema, que deve ser multifacetado para abarcar a realidade do processo de vida e adoecimento do indivíduo (MATTOS, 2007).

Segundo Cecílio (1997), se institui várias portas de entrada no sistema de saúde e a atenção básica é uma delas, mas há outras, urgências, hospitais e equipes de saúde da família e são os próprios usuários que encontram essas portas espontaneamente.

Nessa perspectiva vem sido proposto uma nova maneira de organização, que visa a interação dos vários agentes no processo de gestão do SUS, que possa suprir as diversas manifestações devido ao aumento nas demandas dos serviços e garantir a participação social (MENDES, 2011).

Gradativamente vem se estabelecendo um consenso a respeito do processo organizativo dos sistemas de saúde, sob forma de redes integradas como uma estratégia que possa assegurar a atenção em saúde, possibilitando vínculos entre os diversos níveis de gestão e as várias equipes que compõe o cenário (CECÍLIO, 1998).

As Redes de Atenção à Saúde (RAS) tem se estabelecido como forma de assegurar o cuidado de forma integral, focando sua atenção na população e compreendendo a promoção da saúde como medida prioritária no âmbito do SUS, antepondo a continuidade do cuidado entre os pontos da rede (MENDES, 2011)

Dessa maneira, as RAS são definidas, oficialmente, segundo o anexo da Portaria GM nº 4.279/2010 que as instituiu no SUS, como: “arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado”.

As RAS ofertam serviços contínuos em diferentes níveis, desde a atenção básica até um centro de especialidades, sendo ambos igualmente importantes. Esse arranjo, surge como uma resposta social que pretende organizar os serviços e ações em saúde que efetivem o cuidado na sua integralidade (BRASIL, 2010).

As redes se articulam no trabalho cotidiano das equipes de saúde e são caracterizadas como sistemas de múltiplas entradas, composta de forma heterogênea, onde os diversos atores que a compõe, expressão a diversidade do cenário do SUS, no âmbito da dinâmica de trabalho de cada agente (QUINDERÉ, JORGE, FRANCO, 2014).

Segundo os mesmos autores, nessa concepção o desenho das redes pode se definir como rizomático, onde não há limites preestabelecidos para seu funcionamento, ele se dá a partir das tensões dos agentes envolvidos e, portanto, pode ser ajustado de acordo com as necessidades emergentes.

Entre as diversas redes que compõem o emaranhado da atenção à saúde, está a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), que pretende criar, ampliar e articular os pontos de atenção à saúde dentro dos setores do SUS, para pessoas com sofrimento ou transtornos mentais e com necessidade que decorrem do uso de crack, álcool e outras drogas (BRASIL, 2011).

A rede de atenção psicossocial foi embasada pela Lei 10216/01, que significou um marco histórico da reforma psiquiátrica no Brasil, resultado da luta antimanicomial que repensa o modelo de atenção à saúde mental (BRASIL, 2011).

O tratamento psiquiátrico baseava-se no isolamento de pacientes com transtornos mentais e eram pautados pelas legislações brasileiras anteriores, cujo enfoque era manter a

“ordem social”, excluindo os chamados “alienados” do convívio com a sociedade (BRITO VENTURA, 2012).

Neste contexto, na década de 70, inicia-se no Brasil o movimento antimanicomial com a mobilização de diversos atores sociais diretamente ligados a essa temática. Profissionais de saúde mental, familiares de pessoas com transtorno mental mobilizaram-se para garantir mudanças no que tange aos serviços prestados no âmbito da saúde mental (YASUI, 2006).

Em 1989, o então Deputado Paulo Delgado propõe revisão legislativa por meio de Lei n 3.657, que atrelado a outros fatores e acontecimentos impulsiona a reforma psiquiátrica brasileira. Já em 1990 o Brasil torna-se signatário na Declaração de Caracas que tem como proposta a reestruturação da assistência psiquiátrica, direcionando a criação da Lei 10216, e mais tarde, a política de atenção à saúde mental que visa substituir os hospitais psiquiátricos por outros serviços que enfoquem a reabilitação psicossocial (BARROSO, SILVA 2011).

Como resultado desta gradativa evolução, a Lei de Reforma Psiquiátrica reconhece pela primeira vez a pessoa com transtorno mental como cidadão, buscando regulamentar suas relações com outros portadores de transtornos mentais, profissionais de saúde, profissionais do direito, a sociedade e o Estado, uma vez que atribui a cada um o seu papel no tratamento. Com o intuito de desinstitucionalizar a pessoa com transtorno mental, a reforma criou projetos de serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico, como os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), residências terapêuticas e leitos psiquiátricos em hospitais gerais (BRITO; VENTURA, 2012, p.60).

Em consoante com Alves (2001), as novas formas de estruturação dos serviços de saúde mental caminham nessa lógica, tendo os Centros de Atenção psicossocial como dispositivo que subvertem o modelo manicomial, já que o CAPS está inserido em um determinado território, envolvido com seus aspectos culturais e deve enfrentar crises que decorrem de um intrincado arranjo familiar, individual e social. Nesse prisma deve articular as ações no âmbito da saúde mental junto aos diferentes pontos da rede.

A perspectiva de um novo modelo de atenção à saúde mental visa dar continuidade às definições dos direitos das pessoas com sofrimento e/ou transtornos mentais. Dessa forma, a RAPS foi instituída com o intuito de desenhar a intersetorialidade e a correlação entre os pontos da Rede de Atenção à Saúde, definindo os componentes das estratégias e ações em saúde mental com diretrizes e objetivos alicerçados no resgate da cidadania (BRASIL, 2011).

Portanto, a legislação brasileira garante as diretrizes dessa concepção, a partir da Portaria 3.088/11, conforme explicitado abaixo:

(...) Art. 2º Constituem-se diretrizes para o funcionamento da Rede de Atenção Psicossocial:

- I - respeito aos direitos humanos, garantindo a autonomia e a liberdade das pessoas;
- II - promoção da equidade, reconhecendo os determinantes sociais da saúde;
- III - combate a estigmas e preconceitos;
- IV - garantia do acesso e da qualidade dos serviços, ofertando cuidado integral e assistência multiprofissional, sob a lógica interdisciplinar;
- V - atenção humanizada e centrada nas necessidades das pessoas;
- VI - diversificação das estratégias de cuidado;
- VII - desenvolvimento de atividades no território, que favoreça a inclusão social com vistas à promoção de autonomia e ao exercício da cidadania;
- VIII - desenvolvimento de estratégias de Redução de Danos;
- IX - ênfase em serviços de base territorial e comunitária, com participação e controle social dos usuários e de seus familiares;
- X - organização dos serviços em rede de atenção à saúde regionalizada, com estabelecimento de ações intersetoriais para garantir a integralidade do cuidado;
- XI - promoção de estratégias de educação permanente; e
- XII - desenvolvimento da lógica do cuidado para pessoas com transtornos mentais e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, tendo como eixo central a construção do projeto terapêutico singular (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011).

Desse modo, compreende-se uma significativa proposta de melhoria nos serviços à saúde mental, a partir de um cuidado pautado na humanização e na promoção da cidadania, com enfoque em um projeto terapêutico que respeita a singularidade do indivíduo bem como seus aspectos culturais e territoriais. Sobretudo, cabe ressaltar que a efetivação dessa portaria contribui diretamente no combate aos preconceitos e estigmas sofridos pelas pessoas acometidas por transtornos mentais (NOBREGA; SENA 2016).

No que se refere às práticas diárias das equipes de saúde, ou mais especificamente, equipes de saúde mental, cabe ressaltar dois princípios da portaria como primordiais no aparato teórico e técnico-assistencial em suas condutas, os incisos IV e XI do parágrafo 2º que trazem a garantia da qualidade do acesso atrelado à assistência multiprofissional com ótica multidisciplinar, e estratégia da educação permanente.

Nesse sentido O relatório final da III Conferência de Saúde Mental, promovida pelo Ministério da Saúde em 2002, traz:

(...) uma política de recursos humanos deve visar implantar, em todos os níveis, o trabalho interdisciplinar e multiprofissional no campo da Saúde Mental, na perspectiva do rompimento dos 'especialismos' e construção de um novo trabalhador em saúde mental, atento e sensível aos diversos aspectos do cuidado, garantindo que todo usuário dos serviços de saúde seja atendido por profissionais com uma visão integral e não fragmentada da saúde (BRASIL, 2002, p.68).

No modelo biomédico ainda predominante, perpetuam as práticas de saúde segmentadas entre doença e cura, onde a busca por sintomas leva a priori a uma medicalização e nesse prisma centralizam-se as ações dos diversos atores envolvidos, numa premissa fragmentada e reducionista do processo saúde e doença (MENDES, 2010).

Segundo Yasui e Costa-Rosa (2008), a mudança desse paradigma de saúde perpassa a formação dos profissionais que tem como base curricular um modelo fracionado de disciplinas que raramente se inter-relacionam, além de sofrerem uma cobrança do mercado de trabalho por especializações e “uma vez graduados, estão aptos a agir de forma específica, a ler fragmentos da realidade” (YASUI; COSTA-ROSA, p.30, 2008).

No contexto do indivíduo em sofrimento mental, aspectos subjetivos precisarão ser abordados e o olhar do profissional precisa ampliar-se para determinantes sociais, culturais e econômicos, que estarão intrincados no contexto de vida daquele sujeito, o que requer uma visão que vá muito além das perspectivas dos moldes tradicionais da saúde (MENDES, 2011).

Apesar da remodelação dos serviços de saúde mental numa ótica gestora através de políticas públicas, que visam garantir direitos e implantar diretrizes, é preciso apontar a existência de uma hegemonia de visão ainda hospitalocêntrica, pautada na medicalização como paradigmas a serem rompidos (MENDES, 2011).

As transformações propostas pelo complexo campo da Reforma Psiquiátrica brasileira apresentam grandes desafios, especialmente aos profissionais de saúde que cotidianamente têm a tarefa de expandir e consolidar essa mudança. Para isso, seus principais instrumentos são: sua formação permanente, que faculta a redefinição e reorganização de seu processo de trabalho, e a articulação das alianças, ou mesmo forças antagônicas, entre os diferentes setores da sociedade; em suma, que viabilize a criação e expansão concretas de uma rede de atenção e cuidados baseada em um território e pautada nos princípios de integralidade e participação popular (YASUI, COSTA-ROSA, 2008, p.29).

A RAPS objetiva ampliar o acesso à atenção psicossocial da população em geral ao mesmo passo que, promover o alcance das pessoas com transtornos mentais e necessidades que decorrem do uso de álcool e outras drogas, abarcando seus familiares. (BRASIL, 2010).

O alcance desse objetivo perpassa por um trabalho realmente em rede onde os diversos pontos se relacionam e possuem experiências numa dinâmica de trabalho pautada na troca de saberes e na correlação entre os diversos atores envolvidos. Nessa concepção, a atenção primária desenvolve papel primordial sendo a principal conexão entre os agentes envolvidos. (SCHNEIDER, 2009).

A organização mundial de saúde (OMS), a partir das diretrizes mundiais em saúde ressalta a importância da participação da Atenção Primária no processo de reabilitação mental e na comunicação com outras redes. Cabe salientar que o processo de interação entre as redes é complexo e gera tensionamento, ao mesmo passo que é preciso que esses laços se fortaleçam para se instituir comunicação e agenciamentos entre os diversos setores que as compõe.

A atenção básica de saúde e a estratégia da família como eixos centrais da Atenção Primária podem desempenhar um papel decisivo na RAPS, já que atuam em um determinado território sob uma ótica de variados aspectos que circundam a comunidade e os indivíduos a quem prestam serviços (SCHNEIDER, 2009).

Compreender o sofrimento psíquico, acolhendo o usuário e promovendo seu melhor encaminhamento, reconhecendo o papel que o seu território possui nesse processo, norteia uma relação importante e estratégica na articulação dessa rede, tanto no cumprimento do cuidado e da atenção em saúde mental, como na produção e regularização da rede de serviços de saúde. Faz-se necessário trabalhar em conjunto, na qual os serviços de saúde mental interagem com as equipes de atenção básica, buscando a promoção de vida comunitária e de autonomia dos usuários, articulando demais recursos, quando necessários, em setores, como jurídicos, econômicos, laborais, empresariais, entre outros, fazendo valer a complexidade das relações humanas (SCHNEIDER, 2009, p.83).

Os pontos de atenção psicossocial propõem a articulação dos pontos de atenção de saúde no território com acolhimento, acompanhamento contínuo além de atender as urgências. Dentre essas intervenções o acolhimento se estabelece como fator decisivo dos desdobramentos em saúde mental, possibilitando ou não as demais atuações (BRASIL, 2010). “Acolher consiste em produzir uma responsabilização terapêutica efetivada nas práticas em saúde, efetivando a universalidade no acesso, humanização na atenção e sua resolutividade” (SCHNEIDER, p.82, 2009).

Como metodologia organizativa da gestão do trabalho em saúde as equipes atuam na perspectiva de referência e contra referência objetivando a continuidade do acesso através de encaminhamentos de acordo com as necessidades específicas, visando ampliar a interação entre os pontos e realizar clínica ampliada (QUIDERÉ; JORGE; FRANCO, 2014).

Segundo Cecílio (1997), essa metodologia funciona de maneira vertical, sugerindo um fluxo que vai de cima para baixo ou vice-versa, porém o engessamento dos encaminhamentos impossibilita sua flexibilidade, dificultando a circulação dos usuários dentro da rede. Cabe ressaltar que a aplicabilidade desse modelo se dá de forma burocrática e através de um sistema que tenta regulamentar o fluxo de pessoas mediante procedimentos normativos onde o caminho a ser seguido se presume através da atuação do centro de referência do indivíduo.

A RAPS sugere que as equipes dos diversos pontos das redes de atenção à saúde possam trabalhar com o apoio matricial, como maneira mais horizontal de organização dos serviços e como uma forma de dispor do apoio especializado no que tange aos casos de saúde mental.

Como proposto, o apoio matricial consiste num arranjo organizacional em saúde no qual uma equipe dispensa apoio especializado a outra, com suporte de profissionais dotados de maior habilidade em um dado conhecimento, possibilitando a construção de um projeto terapêutico singularizado para os usuários. Assim, esta ferramenta de trabalho subverte a lógica burocrática do encaminhamento das referências e contrarreferência, a qual, na maioria das vezes, costuma ser uma ferramenta de desresponsabilização dos profissionais em relação aos usuários (QUINDERÉ, JORGE; FRANCO, 2008, p.257).

O apoio matricial em saúde mental visa poder trabalhar num projeto singular terapêutico e compreende que a articulação e desenvolvimento das ações que constituíram esse projeto só serão permitidos com o envolvimento das equipes de referência, o que remete a um trabalho amplo de todos os profissionais envolvidos (MORAIS; TANAKA, 2012).

O modelo organizativo do sistema único de saúde assim como o arranjo das redes de atenção em saúde e em consequência da RAPS, precisa se pautar numa relação horizontal que interaja de forma descentralizada entre os pontos e abarque um trabalho que acontece na dinâmica das relações entre os diversos agentes que a constitui, portanto, é sujeita a subjetividade e correlações inerentes à condição humana (MERHY, 1997).

Desse modo a prática da atenção à saúde mental atravessa grandes dilemas que vão desde a formação dos profissionais, suas crenças e valores até a estruturação dos serviços ofertados nesse âmbito, necessitando de ressignificações de saberes e ações no cotidiano de todos os atores envolvidos nesse cenário de técnicas e subjetividades (YASUI; COSTA-ROSA, 2008).

Baseada na Lei 10.2160, importante passo, resultado da luta antimanicomial a rede de atenção psicossocial desenha a intersetorialidade e correlação entre os pontos da RAS e defini os componentes das estratégias e ações em saúde mental com diretrizes e objetivos alicerçados no resgate da cidadania dos indivíduos em sofrimento mental. (BRASIL, 2011)

Nessa perspectiva a RAPS estabelece o consultório na rua como equipes de atenção básica para população em situação específica que segundo a portaria n 3588/17:

[...] são equipe constituída por profissionais que atuam de forma itinerante, ofertando ações e cuidados de saúde para a população em situação de rua, considerando suas diferentes necessidades de saúde, sendo responsabilidade dessa equipe, no âmbito da Rede de Atenção Psicossocial, ofertar cuidados em saúde mental, para:

1. pessoas em situação de rua em geral;
2. pessoas com transtornos mentais;
3. usuários de crack, álcool e outras drogas, incluindo ações de redução de danos, em parceria com equipes de outros pontos de atenção da rede de saúde, como Unidades Básicas de Saúde, Centros de Atenção Psicossocial, Prontos-Socorros, entre outros (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011).

A instituição dessa nova modalidade pelo ministério da saúde foi um passo importante no âmbito da garantia de direitos a essa população, decorrentes de várias lutas de movimentos afins a causa e de iniciativas posteriores a implementação das políticas destinadas aos moradores em situação de rua, como explicitado nos capítulos posteriores.

3.2 CONSULTÓRIO NA RUA

Inspirado na ONG Médicos do mundo, organização francesa que contava com profissionais de saúde que atendiam pessoas vulneráveis socialmente, dentro de um ônibus equipado na cidade de Paris, nasce no Brasil na década de 1990, o projeto consultório de rua, na cidade de Salvador, no estado da Bahia, tendo como idealizador o professor Antônio Nery Alves Filho, na época doutorando em Sociologia pela universidade estadual da Bahia (CETAD, 2009).

Em 1999 o projeto é concretizado, em parceria com a Prefeitura Municipal de Salvador e nos oito anos seguintes com o apoio financeiro de outras instituições governamentais, como o Ministério da Saúde e a Secretaria Nacional Sobre Drogas (SENAD), a princípio como resposta aos problemas das crianças em condição de rua e em uso de drogas na cidade (BRASIL, 2010).

Com a finalidade de prestar serviços a pessoas em situação de risco e vulnerabilidade social com problemas decorrentes do uso de álcool e outras drogas surge o consultório de rua como uma proposta de consultório itinerante, com uma equipe multiprofissional que pudesse oferecer cuidado a população de rua respeitando a sua singularidade, tendo como princípios norteadores das ações, respeito ao modo de vida do sujeito em situação de rua e o respeito aos direitos humanos, usando como uma das principais estratégias de cuidado a redução de danos, além de se pautarem nos princípios do SUS, universalidade, equidade e integralidade (CETAD, 2009).

Esse projeto visa oferecer atendimento de forma a respeitar o contexto de vida do sujeito em situação de rua, ao mesmo passo que promover o acesso aos serviços de saúde e assistência, trabalhar o resgate a cidadania e o exercício dos direitos, tendo como preceito o resgate dos laços tanto familiares como sociais (BRASIL, 2012).

A experiência do consultório de Rua em Salvador serviu como referência para iniciativas do ministério da saúde que estabelece em âmbito nacional o consultório de rua, contribuindo diretamente para a ampliação dos serviços e fortalecimento das redes de atenção à saúde para pessoas em situação de rua (SILVA; FRAZÃO; LINHARES, 2014).

Entre 1999 até 2006 foi avaliada a experiência do consultório de Rua de Salvador sobre o propósito de esse instrumento ser utilizado como alternativa eficaz de garantir o acesso aos usuários de drogas e em extrema vulnerabilidade social que apresentavam dificuldades em ligarem-se os serviços da rede (OLIVEIRA, 2009).

Deste modo, em 2009 o Ministério da Saúde propõe o Consultório de Rua como uma das estratégias do Plano Emergencial de Ampliação de Acesso ao Tratamento e Prevenção em Álcool e outras Drogas no Sistema Único de Saúde- PEAD, sendo incluída também, em 2010, no Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack, com o objetivo de ampliar o acesso aos serviços de saúde, melhorar e qualificar o atendimento oferecido pelo SUS às pessoas que usam álcool e outras drogas através de ações de rua (BRASIL, 2010).

A avaliação indicou o quanto essa iniciativa foi exitosa em suas proposições e fomentou a modulação posterior de políticas públicas para pessoas em situação de rua como o Decreto Presidencial n 7.053, de dezembro de 2009 que institui a Política Nacional para População em Situação de Rua e a criação do comitê Intersetorial de acompanhamento e monitoramento dessa política. Posteriormente é lançada a portaria 3.305 que institui o Comitê Técnico de Saúde para essa população e a publicação do edital para implantação do dispositivo consultório de rua nos municípios brasileiros com mais de 300 mil habitantes (BRASIL, 2009).

Posteriormente foi aprovada a Política Nacional de Atenção Básica PNAB, em outubro de 2011 pela portaria n 2.488 que propõe a consolidação da atenção à saúde a população em situação de rua, assumindo a responsabilidade de efetivar a promoção da equidade, como princípio já instituído do SUS, na tentativa de garantir o acesso a saúde dessa população (BRASIL, 2011).

O Ministério da Saúde elege a PNAB como um modelo de atenção à saúde para a população de rua, em concordância com as diretrizes da atenção básica e a lógica já estabelecida de atenção psicossocial, reforçada na portaria n 3588 de 2017 que institui o consultório na rua como um dos pontos de atenção psicossocial da rede (PNAB, 2017).

No Brasil, a Atenção Básica é desenvolvida com o mais alto grau de descentralização e capilaridade, ocorrendo no local mais próximo da vida das pessoas. Ela deve ser o contato preferencial dos usuários, a principal porta de entrada e centro de comunicação com toda a Rede de Atenção à Saúde (PNAB, 2012, p.9).

O PNAB entende que as unidades básicas estão instaladas próximas as pessoas, podendo vincular-se e atuar de maneira a compreender e fazer parte do território onde elas trabalham, moram, estudam, vivem e desse modo se viabiliza o desenvolvimento do papel central no acesso a saúde dos indivíduos. Nessa ótica estabelece uma equipe num formato

descentralizado e regionalizado, como o que se preconiza na atenção básica, para atender as pessoas em situação de rua (BRASIL, 2009).

A maioria das equipes do consultório na rua está vinculada a atenção básica e não a coordenação de saúde mental, como antes e são responsáveis pela atenção primária de saúde das pessoas em situação de rua. Essa equipe foi inserida nesse cenário a partir da PNAB, como tentativa de auxiliar de forma mais ampla no enfrentamento dos diversos problemas de saúde da população de rua (BRASIL, 2012).

A atenção básica anteriormente já tinha adotado a estratégia de saúde da família sem domicílio como forma de atuação para a população de rua, a desenvolver a promoção da saúde realizando acompanhamento clínico dessas pessoas, desse modo o consultório na rua representa a convergência de diferentes estratégias adotadas e com o resultado da experiência tanto da redução de danos proposto pela rede de atenção psicossocial quanto do programa de saúde da família sem domicílio (BRASIL, 2012).

O movimento nacional da população em situação de rua (MNPSR) desempenhou papel decisivo nessa nova proposta por se posicionar contra a extinção do PSF Sem Domicílio e ressaltar a importância de atenção não somente ao consumo de drogas, mas em diversas situações que essa população necessita (MNPSR, 2014).

Inicialmente o consultório de rua tem como aspecto relevante a proposta de clínica na rua, especializada no atendimento de problemas relacionados ao consumo de substâncias psicoativas, onde não existisse demanda de ajuda explicitada nesse sentido. Só com a consolidação da atenção a população de rua proposta na PNAB que o consultório muda a sua nomenclatura de consultório de rua para consultório na rua e abarca todas as necessidades da população em situação de rua, ainda com caráter de redução de danos, mas ampliando seu foco.

As portarias que estabelecem e regulamentam as equipes trazem a necessidade de um caráter multidisciplinar na formação dessas equipes, como proposição de oferecer um atendimento integral as pessoas em situação de rua.

Na prática mudou, além do nome, a composição da equipe e o escopo de suas ações anteriormente focadas na saúde mental e nos transtornos relacionados ao uso de substâncias. O transtorno mental pode ser um fator que contribui para que a pessoa viva em situação de rua; e se as condições de vida nas ruas colaboram para o aparecimento da doença mental, devemos entender que também contribui para o aparecimento de outros agravos. A dificuldade de acessar os serviços de saúde piora todas essas condições. O foco na saúde mental é essencial, mas outros problemas também devem ser considerados (LODERO; CECCIN; BILIBIO, 2014, p.1798).

O consultório na rua se encontra no cenário atual como uma modalidade instituída em 2011 pela política nacional de atenção básica que determina as equipes de atenção básica para populações específica, que são: populações ribeirinhas, populações fluviais e população de rua e é apontada como uma estratégia do governo federal para ampliar o acesso aos serviços de saúde a essas populações (PNAB, 2017).

Essa modalidade visa ampliar o acesso da população em situação de rua aos serviços de saúde, ofertando, de maneira mais oportuna, atenção integral à saúde para esse grupo populacional, o qual se encontra em condições de vulnerabilidade e com os vínculos familiares interrompidos ou fragilizados. As equipes foram formalizadas pelas portarias nº 122 de janeiro de 2011 e nº 123 de janeiro 2012 que contribuem de forma significativa para a consolidação do consultório na rua, além de estabelecer os profissionais que devem compor a equipe e a configuração em três modalidades de acordo com o número de profissionais e seu grau de escolaridade (BRASIL, 2011).

A responsabilidade pela atenção à saúde da população de rua, como de qualquer outro cidadão, é de todo e qualquer profissional do Sistema Único de Saúde, com destaque especial para a atenção básica. Em situações específicas, com o objetivo de ampliar o acesso desses usuários à rede de atenção e ofertar de maneira mais oportuna atenção integral à saúde, pode-se lançar mão das equipes dos Consultórios na Rua, que são equipes da atenção básica, compostas por profissionais de saúde com responsabilidade exclusiva de articular e prestar atenção integral à saúde das pessoas em situação de rua (BRASIL, 2011, p. 24).

O ministério da saúde ressalta a importância do desenvolvimento de ações em parcerias com outras equipes do território, como os Centros de Atenção Psicossocial, unidades básicas de saúde, redes de urgências e componentes do sistema único de assistência social entre outros setores da sociedade civil, compreendendo a complexidade das ações para esse grupo populacional (BRASIL, 2011).

Os princípios que norteiam as práticas dessa modalidade são os mesmos do SUS, universalidade que se aplica “ao acolher um segmento populacional em situação de exclusão social, que se exclui ou que é excluída da rede de serviços, inserindo esses usuários na rede SUS e, funcionando como porta de entrada no sistema de saúde (BRASIL, 2009, p.37).” Integralidade “assegurada pela multidisciplinaridade da equipe, que com seus olhares e saberes plurais pode acolher as demandas de ordem física, psíquica e social dos usuários” (BRASIL, 2009, p. 38). Equidade “busca dar prioridade de atenção aos grupos que vivem em contextos socioeconômicos mais desfavoráveis, e por isso, com as piores condições de saúde geral” (BRASIL, 2009, p.38).

Cabe salientar que as pessoas em situação de rua têm o direito a saúde garantido na constituição brasileira de 1988 e no arcabouço da criação do SUS mediante seus princípios, mas os vários fatores que circundam essa população, muitas vezes impedem que os mesmos se valham dos seus direitos como cidadãos e sob esse prisma são necessárias iniciativas que visem reforçar e garantir esses direitos.

Apesar das conquistas dessa população muitas vezes invisível perante as políticas públicas, convergir à teoria em práticas efetivas ainda denota um exercício cotidiano de mudanças de paradigmas sociais e de saúde.

Os programas direcionados para a atenção à população de rua ainda são incipientes e devem estar pautados em políticas que objetivam o pleno exercício da cidadania, e para tal necessita formar redes com outras políticas públicas (educação, trabalho, saúde, cultura etc.). O campo da saúde ainda sofre com a lógica da fragmentação e da precarização, pois, ainda que a saúde seja um direito constitucional, no Brasil é um direito muito desigual (SANTANA, 2014, p.1800).

A atenção integral a população de rua parte da premissa de um trabalho realizado de forma intersetorial e aberta às diversas demandas que surgem dos sujeitos que estão nas ruas, reforçando a função decisiva do acolhimento qualificado e da educação em saúde (HALLAIS; BARROS, 2015).

Sabe-se que saúde não mais se aplica a ausência de enfermidades, mas uma série de fatores sociais, culturais e econômicos que viabilizam sua existência, em suma a saúde será o resultado satisfatório dos construtos sociais do indivíduo (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2000). Nessa ótica as práticas do consultório na rua não divergem daquilo que deve ser consenso em todo o setor da saúde e respaldar as práticas cotidianas dos profissionais desse segmento.

A promoção da saúde perpassa pelo cotidiano dos indivíduos e suas vinculações com as instituições de atenção à saúde, o que demanda alteridade dos profissionais de saúde e em especial a equipe do consultório na rua que precisa ampliar o olhar, pois são diversas as histórias nas ruas e as necessidades muitas vezes diferem daquelas evidenciadas dentro dos consultórios das instituições de saúde causando estranhamentos aos profissionais e toda a rede (LONDERO; CECCIM; BILIBIO, 2013).

O olhar clínico do diagnóstico não é suficiente diante dos problemas que emergem da condição de morador de rua, ao mesmo passo que, o cuidado baseado nas recomendações de prevenção e promoção de saúde no domicílio são ineficientes, causando tensionamento em toda rede de cuidado e suscitando, nos diversos atores que a compõe, uns desdobramentos

longe da zona de conforto na qual já se encontram habituados (VARANDA; ADORNO, 2004).

Outro fator de caráter urgente para o cuidado da população de rua são pesquisas que possam identificar o perfil epidemiológico da população em situação de rua, que possibilite estratégias pautadas no conhecimento dos processos de vida desses indivíduos, o que demanda um olhar multifacetado da condição de morar na rua, tendo em vista, que o cuidado não depende apenas do desejo e razão dessas pessoas, sendo ineficiente uma conduta de educação horizontalizada comum nas instituições da saúde (PAIVA et al, 2015).

Embora esteja previsto na Política Nacional para a População em Situação de Rua direito a saúde, assegurar esse direito envolve a melhoria das condições de vida dessa população e implicitamente se relaciona a outros serviços, como o de albergaria, que se mostram ineficientes no país, não dispondo de recursos mínimos humanos e estruturais, além de não estabelecer uma relação próxima com a Rede de Atenção Básica em Saúde e a Rede de Atenção Psicossocial (SANTANA, 2014).

A complexidade da atenção em saúde para essa população específica acarreta a necessidade de uma gestão no território municipal, que abarque vários segmentos, habitação, trabalho, assistência social entre outros, que possam de fato possibilitar a prestação do cuidado de forma efetiva, e compreender o fenômeno população de rua, em suas mais diversas características, é fundamental nesse processo (HALLAIS; BARROS, 2015).

3.3 POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA

Entender a história da população em situação de rua remonta a revolução industrial na Europa do século XVI e a transição do sistema feudal para o capitalismo, com a acumulação primitiva, necessidade de força de trabalho livre e o advento do capital mercantil que se sobrepunha a produção. Nesse contexto muitos camponeses foram obrigados a migrar para os centros urbanos e a vender sua mão de obra num processo difícil de adaptação (SILVA, 2009).

O processo para a garantia de um proletariado livre se deu de forma violenta, onde os primeiros burgueses expulsaram muitos camponeses de suas terras obrigando-os a venderem sua força de trabalho em detrimento do sistema de produção de mercadorias (PINTO; GONDIM, 2017).

Em péssimas condições de vida, nos centros urbanos que se estruturavam de forma precária, os camponeses eram obrigados a vender sua força de trabalho e se submetiam a condições insalubres de sobrevivência, com baixos salários e sobre uma disciplina rigorosa, respaldadas por legislações punitivas aplicadas pela burguesia, classe dominante e detentora dos meios de produção (PINTO; GONDIM, 2017).

O proletariado livre que não se adaptou ou não foi absorvido pelas indústrias, não tendo nenhum meio de subsistência começou a viver através da mendicância, perambulando pelas ruas, sendo visto como mendigos, desocupados, ladroes, vagabundos. Condição reforçada pelo sistema capitalista, onde não havia uma intervenção do estado e nem políticas públicas e o sistema punitivo atuava de forma severa onde a capacidade de produzir se configurava com força motriz do sistema (KLAUMANN, 2009).

Cabe salientar que segundo Marx o modo de produção capitalista necessita de uma parcela da força de trabalho ociosa, disponível para a exploração em qualquer circunstância ou tempo o que garante um ciclo de acumulação de capital além de impulsionar trabalhadores a necessidade de disputa na participação de produção de riquezas, chamados pelo autor como “exército industrial de reserva”. Uma porção sobrando e vivendo a mercê da sorte dentro do sistema (MARX, 2013).

[...] a acumulação capitalista sempre produz, e na proporção de sua energia e de sua extensão, uma população trabalhadora supérflua relativamente, isto é, que ultrapassa as necessidades médias da expansão do capital, tornando-se, desse modo, excedente (Marx, 1989, p. 731).

A pobreza da classe trabalhadora surge como resultado da engrenagem do sistema capitalista e direciona o entendimento a respeito do fenômeno moradores em situação de rua, fenômeno este mais evidenciado nos dias atuais, resultado das várias configurações do capitalismo e sua centralização com o alargamento do “exército industrial de reserva” (TRINDADE, 2017).

Esse exército retroalimenta o sistema ao passo que possibilita a submissão de trabalhadores a baixos salários e em consequência a péssimas condições de vida, além de contar com uma fração da população sempre disposta a se inserir no sistema de acordo com o ritmo ditado pela classe dominante (TRINDADE, 2017).

De algum modo, a categoria pobreza se construiu apoiada na discriminação de não pertencer, que significava constatar a insuficiência de rendimentos e recursos e não estar inserido em alguma fonte de renda, sendo, por essa razão, estigmatizado[...] O pobre era frequentemente chamado de vadio, e a ele eram associados a ociosidade, a preguiça, a malandragem e a vagabundagem, que revelavam um distanciamento cada vez maior do ideal do trabalho (CERQUEIRA 2011, p. 32).

É importante ressaltar que no ocidente a influência dos princípios do neoliberalismo reforça a condição de pobreza da classe trabalhadora apontando a direção da existência do sujeito como uma condição individual, respaldado pelo capitalismo, e não como o resultado de um emaranhado de condições sociais que condicionam o indivíduo a tal situação. (KLAUMANN, 2009).

Governos neoliberais eram contra políticas públicas porque argumentavam que a população se tornaria muito dependente do estado por causa das políticas públicas e sendo assim também ia sobrecarregar o Estado e iria também desestimular este cidadão de recorrer ao mercado para seu alto sustento (RAQUEL, 2012, p.16).

Ainda que o surgimento da população em situação de rua aconteça nos primórdios do capitalismo, tal fenômeno tem se acentuado cada vez mais na contemporaneidade, sendo evidenciado por um aprofundamento no desemprego e uma dinâmica acelerada do sistema capitalismo (SILVA, 2009).

No Brasil, também se pode compreender esse fenômeno, através de uma perspectiva histórica acerca do processo de trabalho. Na sociedade pré-industrial o regime predominante de trabalho era a escravidão, sendo durante muito tempo o único modo de garantir a produção em grande escala que atendia as necessidades advindas de diversas partes da Europa (VALLADARES, 1991).

Após séculos do regime escravocrata, em 1888 é promulgada a Lei Aurea, libertando os escravos, o que acarretou um número significativo de negros libertos, que em sua maioria estava ligado a agricultura e a economia de subsistência, justificando assim durante muito tempo a não utilização dessa força de trabalho disponível no país, sobre a alegação de não se adaptariam aos moldes industriais, além de se encontrarem dispersos entre as diversas regiões do vasto território nacional (THEODORO, 2004).

A economia brasileira se organizava na produção no campo o que exigia uma força de trabalho braçal realizada pelos escravos, que por sua vez eram vistos como propriedades,

seres inferiores a quem devia ser atribuído o castigo de trabalhar. Os nobres não trabalhavam e, portanto, mesmo após a abolição da escravidão o trabalho continuou durante muito tempo, sendo visto como uma atividade inferior, a atividade braçal rebaixava a condição de nobreza dentro da sociedade (THEODORO, 2004).

Nesse contexto buscou-se por imigrantes que aceitassem e se adaptassem as novas condições da produção nacional e estivessem dispostos a vender sua força de trabalho, para garantir a fabricação de mercadorias e gerar lucros, numa prerrogativa de um incentivo moral do sujeito através do trabalho assalariado, no período republicano (MARICATO, 1997).

Além da necessidade da mão de obra, a importação dessa força de trabalho estrangeira trazia consigo a tentativa de embranquecimento da população, brasileira com a vinda dos imigrantes europeus. Os Imigrantes vieram sob a promessa de terras e melhores condições de vida no país, no entanto, quando chegaram, o que encontraram foi um sistema precário de trabalho, quase um regime de escravidão (CERQUEIRA, 2011).

A população brasileira, ao final do século XIX, era composta por uma pequena elite branca, pelos remanescentes de uma economia escravocrata em decadência e uma multidão de escravos libertos, filhos bastardos, descendentes de índios e brancos empobrecidos, e pobres migrantes trazidos da Europa e do Japão (CERQUEIRA, 2011, p.69).

Para compreender o fenômeno população em situação de rua no Brasil como dito anteriormente, é necessário remeter-se a construção histórica do processo de trabalho no país, onde a abolição da escravatura fez emergir nas ruas milhares de negros libertos, que fizeram desse espaço seu lugar de morada, tendo muitas vezes que viver de mendicância ou realizar pequenos furtos para garantir a sua sobrevivência, ao mesmo passo que, outras vezes eram submetidos a trabalhos precários, impulsionando os movimentos desses livres libertos em direção as ruas (MARICATO, 1997).

Segundo Valadares (1991) outro fator decisivo para compreensão do movimento da população em situação de rua e seu caráter social, foram às políticas higienistas que se instalaram no Brasil, com o discurso de médicos sanitaristas que chamavam a atenção para as condições insalubres de vida do segmento pobre da sociedade, alertando para a necessidade de medidas sanitárias para combater epidemias.

Sobre a alegação de medidas sociais que viabilizassem a preservação da saúde pública, produziram conhecimentos e construíram um setor público que intervinha no modo de vida coletivos relacionado ao saneamento, sendo o caráter da intervenção voltado para as populações mais pobres, mesmo que o interesse fosse a saúde e bem-estar da elite brasileira (VALLADARES, 1991).

O local que os médicos apontaram como o foco das epidemias era, portanto, o palco para o desenvolvimento desenfreado do vício e do crime, pois ali se concentravam as “classes perigosas”. Tanto na Inglaterra vitoriana, como na França e no Brasil, essa expressão foi utilizada como sinônimo de classes pobres, ou seja, o fato de ser pobre tornava o indivíduo automaticamente perigoso à sociedade. (CERQUEIRA, 2011, p.71).

Nesse prisma a rua se caracterizava como uma extensão dos cortiços, que eram as habitações onde se encontravam os trabalhadores pobres no Brasil, amontoados dentro da limitação econômica que lhes cabiam. A visão higienista se estendia a visão estética das cidades que precisava afastar dos centros urbanos, os negros, pobres, pedintes, para garantir um embelezamento que só era possível sem o retrato da pobreza nesses espaços (MARICATO, 1997).

É indubitável que o pobre quase sempre era tratado com repressão e violência, haja vista que existia uma cultura que o associava ao crime, embora na maioria das vezes isso não correspondesse à realidade. A prioridade era manter a ordem social por meio do controle social da população, e para isso, com frequência, a polícia era chamada (CERQUEIRA, 2011, P.73).

No século XXI a população de rua se torna personagem inerente e incorporada as grandes metrópoles no Brasil, desempenhando o papel de peso morto no exército de reserva, ou em outros casos, desenvolvendo trabalhos informais dentro das atividades do mercado (SILVA, 2009).

Ao perambularmos pelos grandes centros das cidades brasileiras nos deparamos com diversas pessoas que fazem do espaço público, seu local de moradia e embora elas façam parte do nosso cotidiano, fica difícil afirmar quem é essa população, quem são esses indivíduos e o que os levam a viverem nas ruas.

Segundo o Ministério da Saúde:

Considera-se população em situação de rua o grupo populacional heterogêneo que possui em comum a pobreza extrema, os vínculos familiares interrompidos ou fragilizados e a inexistência de moradia convencional regular, e que utiliza áreas públicas como espaço de moradia e de sustento, de forma temporária ou permanente, bem como as unidades de acolhimento para pernoite temporário ou como moradia provisória (BRASIL, 2009, P. 65).

O conceito referido acima situa a população em situação de rua e nos oferece um reconhecimento sobre o que considerar ao refletir a respeito de quem devemos enquadrar dentro desse recorte, mas cabem indagações a respeito desses indivíduos, que não são elucidadas, em parte explicadas pela falta de pesquisas com essa população.

Essa população não participa do censo demográfico realizado pelo instituto brasileiro de geografia e estatísticas (IBGE), que realiza a coleta de dados nos domicílios, o que inviabiliza a obtenção de dados a respeito da população em situação de rua e se configura como um entrave para políticas públicas voltadas a esse contingente ao passo que o torna invisível no âmbito de políticas sociais (IPEA, 2016).

Assim, o Comitê Intersetorial de Acompanhamento e Monitoramento da Política Nacional para a População em Situação de Rua (Ciamp-Rua) [...]solicitou ao Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) que incluísse a população de rua no Censo de 2020[...] ressalta-se, em particular, a dificuldade observada pelo IBGE em realizar pesquisas com populações sem domicílio fixo (IPEA, 2016, p.8).

Em 2007 o Ministério do desenvolvimento social e combate à fome realizou uma pesquisa censitária nacional, com um intuito de fazer um levantamento em escala nacional sobre essa população, foram estabelecidos critérios para a obtenção de dados.

Partindo da premissa que o maior contingente se encontraria nas grandes cidades e capitais do país, estabeleceu os municípios com população maior ou superior a 300.000 habitantes e descartou cidades que já tinham realizado levantamentos semelhantes.

A pesquisa identificou 31.922 pessoas adultas em situação de rua, sendo composta por 82% de homens; 53% das pessoas adultas em situação de rua entrevistadas possui entre 25 e 44 anos; 39,1% das pessoas em situação de rua se declararam pardas e pretos 27,9%; 70.9% exercem alguma atividade remunerada (catador de materiais recicláveis, flanelinha, construção civil, limpeza e carregador/estivado); a maioria, (52,6 %) recebe entre R\$ 20,00 e R\$ 80,00 semanais; 35,5% problemas de alcoolismo e/ou drogas; 29,8 desempregos; 29,1%

desavenças familiares; 45,8% sempre viveram no município em que moram atualmente; do total de indivíduos pesquisados; 48,4% está há mais de dois anos dormindo na rua ou em albergue (IPEA, 2016).

A pesquisa englobou também os motivos que levaram os entrevistados a rua, sendo que 71,3% alegaram um dos três motivos principais; 35,5% problemas com álcool e/ou drogas; 29,8% desemprego e 29,1% conflitos familiares.

Em relação à renda constatou-se que a população em situação de rua é composta predominantemente por trabalhadores, sendo que 52,6% recebem entre R\$ 20,00 e R\$ 80,00 semanais e a maioria da população de rua (70,9%) exerce alguma atividade remunerada.

Em relação à saúde a pesquisa constatou que 30% desse segmento populacional relatou ter alguma doença, o que era esperado devido a vulnerabilidade em que vivem e as condições precárias a que estão submetidos nas ruas. A drogadição não foi abordada, apesar de relatada como um problema que afeta grande parte dessa população.

Em resumo, a população em situação de rua é um segmento formado por maioria de homens adultos alfabetizados, que trabalham para sobreviver. Apenas uma pequena minoria possui problemas mentais, porém, a drogadição, em especial o alcoolismo, é uma doença que afeta o grupo amplamente. (GOMES, SANTOS, 2014, p.7).

Já segundo pesquisa realizada pelo IPEA em 2016 estima-se que existam 101.854 pessoas em situação de rua no Brasil. Deste total, estima-se que dois quintos (40,1%) habitem municípios com mais de 900 mil habitantes e mais de três quartos (77,02%) habitem municípios de grande porte, com mais de 100 mil habitantes. Por sua vez, estima-se que nos 3.919 municípios com até 10 mil habitantes habitem 6.757 pessoas em situação de rua, (6,63% do total). Ou seja, a população em situação de rua se concentra fortemente em municípios maiores.

De acordo com o IPEA a pesquisa pretende em conjunto com o mapeamento realizado anteriormente pela rede de atenção psicossocial servir de inspiração para outros estudos em consonância com outras políticas públicas para este público, destacando a áreas de saúde que poderia utilizar dados dos consultórios de rua e de habitações.

Apesar dos dados trazidos nas pesquisas identificarem um contingente significativo desse segmento populacional exercendo alguma atividade remunerada, fugindo do estigma do

vadio sem emprego, que vive do ócio e nada produz. A sociedade brasileira ainda enxerga o morador de rua à luz da ideologia do sistema operante, sob o prisma da dominação vigente.

As classes dominantes operam de forma a implantar um ideal que apesar de servir aos seus interesses, são incorporadas como sendo uma ideologia universal, como sendo um interesse comum a todos, suscitando na sociedade um sentimento de universalidade, como se a única maneira válida e verdadeira fosse essa, através dessa ideia (MARX; ENGELS, 1998).

Desta forma, toda a população, até mesmo aqueles que sofrem com os efeitos dessa conjuntura social, enxergam os fatos da sociedade de forma ideológica e assim ocorre com a forma como encaram a população em situação de rua. Esse grupo é visto como um mal, um desvio ao padrão correto, que não foi capaz de alcançar os objetivos sociais, desta forma, os valores da classe dominante são reproduzidos e todo mal causado em prol de seus interesses é justificado pela ideia de que todos possuem as mesmas oportunidades, de que todos são iguais e de que aqueles que não conseguem ascender socialmente, economicamente e emocionalmente são incapazes ou não se esforçaram o bastante (GOMES; SANTOS, 2014, p. 9).

Cabe salientar que além dessa visão pautada na ideologia capitalista, que estigmatiza essa população, é comum a associação do morador de rua como alguém doente mentalmente, partindo de um padrão social de normalidade e considerando, portanto, esse contingente como transgressor social. As pessoas em situação de rua não possuem residência fixa, emprego com carteira assinada ou mesmo família, condições estas imprescindíveis para a ordem social. (GOMES; SANTOS, 2014).

Outro tratamento a pessoa em situação de rua baseia-se em uma visão religiosa, onde ela é vista como coitada, perdida, digna de pena, subjugando-a como inferior e reforçando o assistencialismo, que apesar de interferir de alguma maneira na condição em que está submetida, não contribui de forma significativa para superação desse modo de vida (MATTOS, 2004).

Contrariando as crenças baseadas na caridade que fundamentava o viés assistencialista para a população em situação de rua, surgem movimentos de organização dos moradores de rua em busca de políticas públicas que assegurasse os seus direitos, no âmbito individual e coletivo (MPSR, 2010).

Com o apoio de estudiosos, especialistas e da igreja esse contingente passou a reivindicar direitos de forma articulada nos espaços públicos, num primeiro momento com a ajuda das pastorais do povo de rua que pautada em novas metodologias, passou a introduzir

no seu cotidiano o protagonismo desses indivíduos como estratégia de resgate da cidadania (MPSR, 2010).

A Pastoral Social juntamente com outras igrejas do conselho nacional cristão promoveu em 1995 o Grito dos Excluídos, marco importante no movimento da população em situação de rua, que surgiu como tentativa de dar visibilidade às necessidades das pessoas que faziam da rua seu espaço de sobrevivência (MPSR, 2010). De acordo com dados da Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República, “195 moradores de rua foram assassinados em todo o Brasil só no primeiro semestre de 2013” (BRASIL, 2011, p 45).

A violência a que estas pessoas estão submetidas nas ruas, foi um ponto decisivo para o fortalecimento desse movimento, que após a morte de forma brutal de moradores de rua no centro de São Paulo no ano de 2004, diversos movimentos sociais passam a reivindicar a criação e participação nas políticas destinadas à população de rua (MPSR, 2011).

Em 2009 acontece o Encontro Nacional sobre a População de Rua, o que estrutura a Política Nacional para a População em Situação de Rua, consolidada pelo decreto n 7.053 de dezembro desse mesmo ano e institui ainda o comitê intersetorial de acompanhamento e monitoramento dessa política (BRASIL, 2010).

Os princípios que norteiam essa Política Nacional para a População em Situação de Rua trazem além da igualdade e equidade: I - respeito à dignidade da pessoa humana; II - direito à convivência familiar e comunitária; III - valorização e respeito à vida e à cidadania; IV - atendimento humanizado e universalizado; e V - respeito às condições sociais e diferenças de origem, raça, idade, nacionalidade, gênero, orientação sexual e religiosa, com atenção especial às pessoas com deficiência (BRASIL, 2009).

Esse encontro trouxe visibilidade para essa população e foi um marco importante na trajetória desse segmento, contribuindo de forma significativa para outros passos importantes, sobretudo no âmbito da saúde pública no país (MPSR, 2011).

Em 2012 é lançado o Plano Operativo de Saúde para a População em Situação de Rua, como finalidade de apresentar ações e estratégias que orientam a intervenção do SUS e seus órgãos de gestão federal, estadual/distrital e municipal, no processo de enfrentamento das iniquidades e desigualdades em saúde com foco na população em situação de rua (BRASIL, 2012).

Segundo o Ministério da saúde:

O presente Plano Operativo tem como objetivo garantir o acesso aos serviços de saúde, bem como a melhoria do nível de saúde dessa população, por meio de ações e iniciativas que reconheçam as especificidades de gênero, geração, raça/cor, etnia, orientação religiosa e orientação sexual; a redução de riscos à saúde, decorrentes dos processos de trabalho na rua e das condições de vida (falta de higiene adequada, exposição a baixas temperaturas, alimentação inadequada ou insuficiente, sono irregular, exposição a intempéries, etc.) e a melhoria dos indicadores de saúde e da qualidade de vida (BRASIL, 2012, p. 109).

O plano viabiliza as ações dos serviços de saúde do SUS para esse contingente, ao mesmo passo que adota princípios e diretrizes em consonância com aqueles já trazidos pela Política Nacional para a População de Rua, tendo como eixo central o resgate a cidadania dessa população.

O preconceito contra essas pessoas é manifestado corriqueiramente e xingamentos – como vagabundo, maloqueiro, preguiçoso e mendigo – são muito comuns. Esses modos de denominar esses indivíduos acabam influenciando a forma deles próprios se perceberem. Diante desta realidade, podemos concluir que é urgente o resgate da identidade da pessoa em situação de rua (MNPSR, 2009, P.15).

As condições de vulnerabilidade além de questões psicossociais causam diversos sofrimentos físicos, emocionais e mentais e propiciam um aumento no risco para a saúde da população de rua e se concretiza como desafios para efetivar políticas de saúde devida sua complexidade (JORGE, 2012).

Frente a este contexto o Ministério da saúde institui os consultórios na Rua como Segmento dentro da Política Nacional de Atenção Básica e integrando o componente da Rede de Atenção Psicossocial dentro da atenção básica. Como proposta que visa atuar nos diferentes problemas e necessidades dessa população e, também na perspectiva de redução de danos e no enfrentamento do uso de álcool e outras drogas (BRASIL, 2011).

Segundo dados do próprio ministério, existem cerca de 171 equipes de consultório na rua no país, no estado de Santa Catarina são 4 equipes, distribuídas entre os municípios de Florianópolis, Joinville, Blumenau e Criciúma.

Dados levantados pelo ICOM (2017), constatou 938 pessoas em situação de rua na Grande Florianópolis, sendo que 71% dessa população exerce alguma atividade remunerada e cerca de 30% relatou que sobrevivem do ato de pedir. 41% relatou não ter contato com

familiares, vivendo sozinho na rua sem vínculos afetivos e 39% citaram ter algum contato com filhos ou companheiros.

Em relação ao uso de drogas o diagnóstico do ICOM (2017), constatou que entre os entrevistados, aproximadamente 700 pessoas relataram fazer uso de alguma substância, sendo nessa ordem, o álcool, a maconha e o crack as mais utilizadas.

Apesar do avanço conquistado no que concerne a políticas públicas para a população em situação de rua a produção do cuidado para essa população e pouco existente, com escassa literatura científica além de um plano político ainda insipiente.

A prática profissional, e muitas vezes direcionada pelo imaginário social sobre essa população, implica diretamente no cuidado oferecido, resultando em uma prática ainda distante da integralidade, mesmo que as políticas nacionais para a população de rua e os diversos setores corroborem para umas práxis integral e humana, considerando a priori a condição de vida dessas pessoas (JORGE, 2012).

Naturalizamos os estigmas que cercam estas pessoas, ao mesmo passo que, não nos questionamos acerca do pertencimento, dos efeitos dos lugares, nas implicações dos territórios que são inerentes àqueles que transitam o fazem das ruas seu local de morada (BOURDIEU, 1997).

São muitos os ideários que circulam esse segmento populacional, reforçando estigmas que inviabilizam suas queixas físicas e sociais e acomodam as instituições no lugar confortável dos espaços estruturados para se prestar cuidado, evidenciando a incapacidade de lidar com as reais demandas da população em situação de rua, reforçando o discurso punitivo de caráter ideológico do capitalismo (VARANDA; ADORNO, 2004).

O morador de rua é um cidadão de direito e precisa ser visto como tal, e a concretização da sua cidadania perpassa intrinsicamente pelo acesso as políticas públicas, sendo a saúde um elemento de destaque para a efetivação dessa mudança. É preciso, portanto, rever os modelos imperiosos da saúde e transformar seus paradigmas, para que assim, serviços destinados a essa população, possam ser de fato efetivos.

4 ASPECTOS METODOLÓGICOS

Trata-se de uma pesquisa exploratória descritiva com abordagem qualitativa por entender que a mesma possibilita a exploração e obtenção dos dados com maior aproximação ao fenômeno a ser investigado. A pesquisa qualitativa responde a questões, preocupando-se com os significados, motivos, valores, crenças, e atitudes que estão imbricadas nas relações humanas (MINAYO, 2010, GIL, 2002).

A escolha pela abordagem qualitativa justifica-se pelo fato desta permitir a compreensão de processos sociais desconhecidos, além de possibilitar novas abordagens (MINAYO, 2008). A pesquisa tem como objetivo central a reflexão da equipe, que intrinsicamente perpassa por questões subjetivas, ou movimenta-se nesse sentido, como efeito do estudo.

4.1 CENÁRIO DO ESTUDO

O estudo foi realizado em Florianópolis, capital do estado brasileiro de Santa Catarina, localizado na região sul do Brasil. A cidade tem uma população de 485.838 habitantes, de acordo com estimativa para 2017 do IBGE. Conhecida por ter uma elevada qualidade de vida, sendo a capital brasileira com maior pontuação do Índice de Desenvolvimento Humano (IDH), calculado pelo PNUD da ONU. Com uma economia fortemente baseada na tecnologia da informação, no turismo e serviços. No que tange a saúde, a capital foi a mais bem avaliada em 2014, no quesito “Atenção à Saúde Primária” segundo o ministério da saúde (PMAQ, 2014). O Município conta com 5 distritos sanitários e 50 Centros de Saúde distribuídos em áreas e micro áreas de atuação. A equipe do Consultório na Rua está alocada no Centro de Saúde da Prainha, no Distrito Centro, sendo uma única equipe para todo o município.

4.2 PARTICIPANTES DO ESTUDO

O Consultório na Rua de Florianópolis é composto por uma equipe multidisciplinar, conta com oito profissionais, sendo uma médica, uma enfermeira, um enfermeiro, uma assistente social, uma psicóloga, duas técnicas de enfermagem e um motorista. O tempo de atuação dos profissionais no Consultório varia, tendo profissionais que estão desde a

formação da equipe, cerca de seis anos atrás, e outros que estão a poucos meses compondo essa modalidade.

A pesquisa foi realizada junto a cinco profissionais do Consultório na Rua, um se encontrava em licença no período da pesquisa e dois se negaram a participar do estudo. O critério de inclusão foi ser membro efetivo da equipe.

4.3 COLETA DE DADOS

Para obtenção dos dados foram realizadas entrevistas individuais com um instrumento de coleta estruturado com perguntas abertas, dispostas em dois eixos centrais: Qual é o papel da ECR; Quais as estratégias de cuidado utilizadas. Optou-se por esse instrumento no primeiro momento, por entender que ele possibilite liberdade de resposta, obtém grande número de dados, além de favorecer a flexibilidade de horários e servir como base para sequência do estudo que propôs a utilização da técnica de grupo focal.

O Grupo Focal foi realizado cerca de vinte dias após as entrevistas, no CS Prainha, participaram do grupo os mesmos membros entrevistados. A realização dessa técnica no momento posterior as entrevistas, possibilitou um maior aproveitamento dos dados resultante das transcrições das entrevistas e foi essencial para o desdobramento do estudo, possibilitando uma reflexão em conjunto da equipe.

No grupo focal foi realizada a seguinte pergunta disparadora: A partir das respostas do questionário e das políticas nacionais de atenção básica e de saúde mental, que papel estratégico a eCR tem desempenhado? E dentro desse papel qual tem sido a relevância da atenção psicossocial?

Segundo Kitzinger (2000), Grupo Focal é uma forma de entrevistas com grupos, baseada na comunicação e na interação, estabelecendo como principal objetivo, reunir informações detalhadas sobre um tópico específico, geralmente sugerido pelo pesquisador. O trabalho com grupos focais permite compreender processos de construção da realidade por determinados grupos sociais (GATTI, 2005).

4.4 REGISTROS DAS INTERAÇÕES

As formas de registro das interações foram através de gravações das entrevistas e no segundo momento, gravação e anotações cursivas do observador e do relator no grupo focal. A gravação em forma de áudio foi através da utilização de um gravador, posicionados próximos aos participantes. Cabe salientar que os registros da comunicação verbal e não verbal foram realizados pelo relator e observador que ficaram atentos a todas as manifestações do grupo. Para Gatti (2005), esses registros serão úteis para sinalizar aspectos ou momentos importantes, onde serão apontadas falas significativas, trocas e monólogos, dispersões, distrações, cochichos, alianças, oposições, entre outros.

O encontro do grupo focal teve duração de cinquenta minutos, as discussões foram satisfatórias não necessitando de um novo encontro. O moderador deu início ao GF se apresentando e solicitando que os demais participantes se apresentassem, em seguida foi feito um breve compartilhamento das informações referentes ao estudo como: objetivos, tempo de duração do encontro, formas de registro do grupo, o compromisso da pesquisadora em garantir o sigilo de todos os participantes do estudo e a anuência de cada um através da leitura e da assinatura do Termo de Compromisso Livre e Esclarecido (TCLE). Com o intuito de promover um ambiente participativo em que o grupo se sinta à vontade, o moderador ressaltou a importância da participação de todos e deixou explícito que não existe resposta certa ou errada, conduta adequada ou inadequada e que qualquer contribuição é válida e significativa para o estudo.

Os colaboradores foram informados dos cuidados éticos que envolvem a pesquisa, tais como: o sigilo, o anonimato, a liberdade em relação a sua participação e sobre o uso e armazenamento do material coletado de acordo com a Resolução 466/2012¹. Houve a obtenção de consentimento dos participantes através da assinatura do Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), presente no apêndice.

Ao final do grupo, a pesquisadora e moderadora do grupo agradeceram a participação de todos e se comprometeram a apresentar os resultados do estudo à equipe.

¹ A Resolução 466/2012 dispõe sobre os aspectos éticos da pesquisa envolvendo seres humanos.

4.5 ANÁLISE DOS DADOS

Após as gravações das entrevistas e do Grupo Focal, as falas foram transcritas e posteriormente organizadas e analisadas segundo o método de Análise de Conteúdo Temática sugerida por Bardin (2010).

Na pré-análise o material foi explorado e as informações foram tratadas, corroborando para a organização dos dados, com o propósito de operacionalizar e sistematizar as ideias iniciais, conduzindo a pesquisadora a um esquema preciso de desenvolvimento da pesquisa, criando um banco de dados onde se encontravam os relatos que se repetiam ou possuíam similaridades.

Na fase de codificação, categorização e classificação, os dados foram extraídos, gerando uma codificação, as unidades de análise foram identificadas por meio de frases que respondiam ao objetivo da pesquisa que resultaram em quatro categorias de análise.

Após a condensação do material levantado, já codificado e classificado, houve o tratamento dos dados, que se fez através da análise crítica e reflexiva, por meio de inferências e interpretações da pesquisadora e estabelecendo conexão com outros estudos científicos, trazendo a apresentação dos dados de forma descritiva a luz da literatura.

4.6 CUIDADOS ÉTICOS

Para a realização deste estudo, foi preenchido o formulário da Comissão de Acompanhamento dos Projetos de Pesquisa em Saúde – CAPPs, disponível no site da Secretaria Municipal de Saúde da cidade de Florianópolis, no qual passou por avaliação de comissão para então dar prosseguimento nesta pesquisa.

A coleta de dados foi iniciada utilizando o Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da UFSC de número 924.432 em 20 de dezembro de 2014 (ANEXO A). Esta pesquisa compõe o macroprojeto do Laboratório de Tecnologia e Inovação na Educação, Pesquisa e Extensão em Atenção Psicossocial e Drogas (APIS), o qual se dedica a analisar a implementação e articulação dos diferentes pontos da Rede de Atenção Psicossocial no Brasil para a atenção às situações de crise e urgência em saúde mental.

Este projeto está contemplado no objetivo específico f- Identificar estratégias para ampliar a resolutividade do cuidado em rede as pessoas em situação de crise e urgências e saúde mental.

Todos os aspectos que envolvem a pesquisa estão de acordo com a Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012). Os participantes da pesquisa foram esclarecidos quanto aos objetivos do estudo, sobre as atividades realizadas, a garantia do sigilo, o direito de participarem ou não da pesquisa e que poderiam desistir a qualquer momento. A autorização para participarem da pesquisa foi obtida pela concordância livre e espontânea dos mesmos e expressa mediante a concordância e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE B).

5 RESULTADOS

Para atender as normas do Curso de Graduação em Enfermagem da UFSC, os resultados desta pesquisa estão apresentados na forma de manuscrito.

5.1 MANUSCRITO: EQUIPE DE CONSULTÓRIO NA RUA: PAPEL ESTRATÉGICO NO CUIDADO A UMA POPULAÇÃO ESPECIFICA

RESUMO: Compreendendo a complexidade do atendimento a pessoas em situação de rua e o papel do Consultório na Rua diante do proposto nas políticas de saúde esse estudo tem como **Objetivo:** Promover junto à equipe do Consultório na Rua de Florianópolis, reflexões acerca do cuidado na perspectiva da atenção psicossocial, considerando o seu papel, sua articulação com as redes e as ofertas de cuidado. **Método:** Trata-se de uma pesquisa qualitativa de caráter descritivo exploratório e análise de conteúdo proposta por Bardin. **Análise:** Da análise das entrevistas e do grupo focal com a equipe surgiram quatro categorias temáticas. O papel do consultório na rua dentro da Política Nacional de Atenção Básica e da Política Nacional de Saúde Mental. Estratégias de cuidado da equipe relacionadas à atenção psicossocial e o uso de álcool e outras drogas pela população em situação de rua. Desafios da atuação em rede e o reconhecimento do seu território e Reflexão sobre as práticas na lógica psicossocial. **Resultados:** Tendo em vista os dados coletados, é possível constatar que houve uma reflexão dos profissionais acerca da sua prática atingindo assim o objetivo do trabalho. **Conclusão:** Convergir às políticas de saúde em práticas no cotidiano das equipes ainda é desafiador e perpassa por questões diversas. Esse desafio é redobrado quando se trata de uma atenção a saúde de uma população heterogênea com problemas multifatoriais, como é o caso da população em situação de rua.

Palavra-chave: Consultório na Rua, População de Rua, Atenção psicossocial.

INTRODUÇÃO

Apesar da história do fenômeno população de rua nos remeter a era pré-industrial europeia, onde muitos camponeses foram desapropriados das suas terras e nem todos foram absorvidos pelas indústrias, passando a viver em situação de mendicância nas ruas, observa-se um crescimento desse contingente na atualidade, com o desenvolvimento do capitalismo, a era neoliberal, acelerada urbanização, cresce também a exclusão social (SILVA, 2010).

Nesse contexto as pessoas que fazem das ruas seu lugar de morada, acabam tendo direitos básicos negados, ou vivendo a margem deles, se tornando invisíveis diante das políticas públicas de educação, saúde, segurança, trabalho entre outras, ora sendo objeto de higienização das cidades, ora sendo alvo de políticas públicas que visam atingir essa

população muitas vezes invisível e descartável, na tentativa da garantia de direitos (VARANDA, ADORNO, 2004).

Segundo Vieira, Bezerra e Costa (1994) essa população se caracteriza como um grupo heterogêneo, composto por realidades e histórias de vidas diferentes, mas que tem em comum, a situação de extrema pobreza, e a falta de pertencimento social nos seus moldes tradicionais.

Varanda e Adorno (2004) utilizam o termo “experiências desestruturantes” para caracterizar de modo geral, as experiências distintas individuais, que ao invés de encorajar os recursos do indivíduo, capacitando-o para o enfrentamento dos desafios da vida, assolam o potencial organizativo interno, sua articulação com o meio, sua autoestima e, por conseguinte sua identidade grupal. Todos esses acontecimentos se relacionam com a estrutura social.

A Constituição Brasileira (1988) assegura que todos possuem direitos básicos e é dever do estado garanti-los, entre eles, a saúde se encontra descrita. Nessa mesma lógica o Sistema Único de Saúde traz como um dos seus princípios a Universalidade, que reafirma esse direito, como um direito de cidadania, assegurando o acesso a ações e serviços de saúde por todos.

Embora a garantia de direito seja algo constitucional no Brasil, o alcance dessa garantia é um problema recorrente e exige que outras medidas sejam adotadas. Nessa perspectiva, a relação de insipiência das ações e serviços direcionados à população de rua ainda predomina e requer outras medidas do estado, a fim de solucionar ou amenizar essa situação.

A Existência do Consultório na Rua se caracteriza como uma das medidas nesse sentido, se constituindo como uma modalidade dentro da Política Nacional de Atenção Básica para população específica, sendo composta por uma equipe itinerante que deve atuar na atenção integral a população em situação de rua (BRASIL, 2017).

Considerando a complexidade dos problemas advindos da condição de vida nas ruas, o processo saúde-doença ultrapassa as barreiras já enfrentadas pelas instituições de saúde no que concerne a tratamento, prevenção e promoção da saúde dos domiciliados. Na rua outros condicionantes como: más condições de higiene, exposição ao sol, chuva, má alimentação, o uso de drogas, aglomerações em espaços inseguros, violência, agravam as condições de vida desses sujeitos (BASTOS, 2003)

Todos esses aspectos determinam de forma decisiva o potencial de ação do Consultório na Rua. Evidenciando causas multifatoriais no adoecimento das pessoas em situação de rua, ao mesmo passo que, acarreta a necessidade de um trabalho intersetorial e interinstitucional, sem o qual, o papel da equipe se limita ao diagnóstico e a prescrição e se configura na prática, como ineficiente, diante da magnitude dos problemas vivenciados nas ruas (MARICATO, 2003).

A Universalidade da saúde se apresenta como um desafio de intervenção na realidade, sobretudo no cotidiano das pessoas em situação de rua e perpassa pelo processo de organização e desenvolvimento dos serviços e ações direcionadas a essa comunidade (PAIVA, LIRA, JUSTINA, et al 2015).

Assim, o objetivo desse estudo é promover junto à equipe do Consultório na Rua de Florianópolis, reflexões acerca do cuidado na perspectiva da atenção psicossocial, considerando o seu papel, sua articulação com as redes e as ofertas de cuidado.

MÉTODO

Trata-se de uma pesquisa exploratória descritiva, com abordagem qualitativa. O cenário do estudo foi à cidade de Florianópolis, capital brasileira do estado de Santa Catarina. A cidade tem uma população de 485.838 habitantes, de acordo com estimativa para 2017 do IBGE e segundo dados levantados pelo ICOM (2017), 938 pessoas em situação de rua na Grande Florianópolis e uma equipe de Consultório na Rua.

O Consultório na Rua conta com uma equipe multidisciplinar, sendo um médico, dois enfermeiros, dos técnicos de enfermagem, um assistente social, um psicólogo e um motorista. Participaram do estudo cinco integrantes da equipe. Apesar de a equipe ser composta por oito profissionais, três se negaram a participar do estudo.

Para obtenção dos dados foram realizadas entrevistas individuais com questões abertas, dispostas em dois eixos centrais: Qual é o papel da eCR; Quais as estratégias de cuidado utilizadas. Num segundo momento foi realizado um Grupo Focal com uma única pergunta disparadora: A partir das respostas do questionário e das políticas nacionais de atenção básica e de saúde mental, que papel estratégico a eCR tem desempenhado? E dentro desse papel qual tem sido a relevância da atenção psicossocial?

Os dados qualitativos coletados foram sistematicamente organizados, descritos e analisados concomitantes a coleta, na perspectiva de Bardin (2014) de acordo com os

seguintes passos: Pré-análise, exploração do material analisado e o tratamento das informações, inferência e a interpretação.

Este estudo faz parte do Macroprojeto intitulado “Rede de Atenção Psicossocial no Brasil: Discurso e Práticas”. Respeitaram-se as recomendações da resolução 466/12 que aborda os cuidados éticos em pesquisa com seres humanos. O projeto foi aprovado no Comitê de Ética em Pesquisa sob parecer n. 924.432, CAAE 39378213.4.0000.0121.

A autorização para participarem da pesquisa foi obtida pela concordância livre e espontânea dos mesmos e expressa mediante a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Para preservar o anonimato neste estudo, os relatos foram identificados com a letra E de entrevistado seguido pelo número de ordem das transcrições das entrevistas. Sendo respectivamente denominados de “E1, E2, E3, E4 e E5”. No grupo focal optou-se pela permanência dessas mesmas denominações dos participantes, para facilitar a identificação.

A partir da análise dos dados, os resultados foram descritos em quatro categorias que representam de um modo geral, o arcabouço do trabalho da equipe e corroboram com o objetivo da pesquisa : O papel do consultório na rua dentro da Política Nacional de Atenção Básica e da Política Nacional de Saúde Mental; estratégias de cuidado da equipe do CnaR relacionadas a atenção psicossocial e o uso de álcool e outras drogas pela população em situação de rua; desafios da atuação em rede e do reconhecimento do território de atuação e reflexões sobre as prática no cotidiano da equipe na lógica da atenção psicossocial.

O papel do consultório na rua dentro da Política Nacional de Atenção Básica e da Política Nacional de Saúde Mental.

De acordo com a Política Nacional de Saúde Básica todo profissional do SUS é responsável pela saúde da população de rua, em especial a Atenção Básica. Pensando em ampliação do acesso desses indivíduos pode-se recorrer a equipes de Consultório na rua que tem como função além de tentar garantir o acesso, ofertar cuidado integral a saúde aos moradores em situação de rua, sendo equipes específicas para um determinado contingente populacional (PNAB, 2011).

As falas abaixo vão ao encontro com a função do Consultório na Rua descrita na Política:

“O consultório na rua é uma equipe ESF pra população específica dentro da política nacional da atenção básica...” A gente faz um cuidado integral, intervendo em várias coisas, doenças crônicas, infecciosas... E1.

“Passou a ser consultório na rua, mais vinculado à atenção básica [...] mais visando uma integralidade do cuidado [...], a gente é responsável pelo cuidado de doenças infectocontagiosas que tem muito na rua e outras [...] a gente percebe que na prática ele é muito da saúde mental ainda. ” E2.

“[...] o consultório é uma especificidade da estratégia de saúde da família, a gente é uma equipe de estratégia específica para um público alvo né...” E3.

Para a equipe do Consultório na Rua de Florianópolis a modalidade CnaR é uma equipe de estratégia de saúde da família para população específica dentro da PNAB que visa um cuidado mais integral, se preocupando com doenças crônicas e infecto contagiosas.

A categoria abrange o papel do consultório na Rua também sob a perspectiva da Política Nacional de Saúde Mental. Para corroborar com a discussão relacionada às políticas públicas relacionada a essa modalidade, seguem falas em que eles descrevem seu papel de acordo com a Política Nacional de Saúde Mental:

“Eu conheço mais geral [...] seria um plano com enfoque na saúde mental de toda rede [...] aí em grande número a população de rua tá envolvida nas questões de saúde mental...” E1.

“O que eu conheço é que o consultório na rua surgiu primeiro como consultório de rua né, dentro da política de saúde mental aí vinculado aos CAPS, mais com estratégias de redução de danos. ” E2.

“O consultório como parte da RAPS no componente da atenção básica, tá junto com as UBS a equipe do consultório na rua faz parte da rede de atenção psicossocial e deve ter uma atuação na saúde mental né...” E3.

É possível constatar que o conhecimento da equipe acerca dessa política é a respeito do seu surgimento, vinculado à redução de danos, e que segundo a equipe, a mudança de Consultório de Rua, vinculado a Saúde Mental, para Consultório na rua vinculado a Atenção Básica, acontece para que se tenha um olhar mais integral do sujeito.

Segundo Santana (2016) as mudanças foram significativas e repercutiram no escopo das ações do consultório na rua, que antes, quando se denominava Consultório de Rua possuía um enfoque nos sofrimentos mentais e transtornos gerados pelo uso de substâncias. Apesar de problemas decorrentes da saúde mental, ser em grande parte, um fator para que pessoas vivam nas ruas e, por conseguinte a situação de rua contribua para o surgimento de doenças mentais, também contribui para que outras doenças surjam, e a dificuldade que enfrentam para acessarem os serviços de saúde agrava todos os condicionantes na rua. Portanto devem ser

considerados todos os aspectos de adoecimento nas ruas, mesmo que o enfoque em saúde mental seja essencial.

O maior problema não é a criação de uma política, mas a sua implantação, que depende de ações que englobem vários setores e instituições. Tanto o consultório de rua como o consultório na rua são programas importantes no âmbito da saúde e corroboram para o atendimento à população de rua de forma significativa. Contudo a articulação entre as redes ainda é um entrave no cenário atual, sobrecarregando muitas vezes os trabalhadores, gerando inclusive sofrimento aos mesmos, devido a uma série de fatores, como a baixa resolutividade de suas ações (SILVA, 2014).

Levando em consideração o desenho atual do Consultório na rua como parte integrante da Política de Atenção Básica se fez pertinente questionar aos profissionais da equipe sobre a existência de diferença na condução do cuidado em relação às outras equipes designadas na política para a estratégia de saúde da família, onde os mesmos relataram:

“[...] acho que no papel, na formulação da política não deveria haver, eu vejo que na atuação, na pratica existe, [...] hoje a gente é uma equipe muito mais que sai, que tá presente no território. ” E1.

“Sim, acho que sim [...] é uma equipe direcionada pra uma população especifica que é muito mais vulnerável em geral, [...] a equipe atua muito mais em conjunto, interdisciplinar, porque os problemas são mais complexos...” E2.

“Infelizmente existe diferença, não deveria existir porque a saúde da família deveria ser outra coisa [...] a diferença principal é que o consultório na rua, a gente tenta, ou deveria, é, adequar o serviço ao público e não o público ao serviço, acho que essa é a principal diferença...” E3.

“Eu acho que a maior diferença é a diferença de tá mais presente assim no cuidado realmente individual, acho que consegue [...] ” E4.

“Eu acho que sim [...] O que eu vejo é mais relacionado ao cuidado mesmo do paciente, é muito difícil pra gente conseguir agendar um paciente e esse paciente vir...” E5.

A equipe considera que existem diferenças, apesar de acreditar que as mesmas não deveriam existir. Relatam que estão mais presentes no território, atuam mais em conjunto, prestam um cuidado mais individualizado, adequando o serviço ao público, apesar de trazerem também algumas dificuldades, como agendar consultas.

Segundo o Ministério da Saúde (2011) a Atenção Básica se configura como a principal porta de entrada do Sistema Único de Saúde e deve prestar cuidado integral e

resolutivo, utilizando como ferramenta o trabalho multidisciplinar, prestando um acolhimento humanizado nas unidades básicas, além disso, deve articular ações de prevenção, promoção e tratamento de doenças.

A Saúde da Família surge como uma estratégia de superação do modelo biomédico e desenha uma nova forma de assistência na tentativa de ampliar as abordagens relacionadas aos problemas de saúde, propondo uma atenção com foco na família, na comunidade e em grupos de um determinado território, ampliando o entendimento a respeito do sujeito, entendendo-o como um ser social e histórico. A ESF ainda prevê um trabalho multidisciplinar que funcione de forma interdisciplinar e que fomente a integralidade articulando com os demais pontos da rede (FERTONANI, PIRES, BIFF 2014).

De acordo com Cecílio (2003) as diversas tecnologias empregadas no cuidado, devem observar dentro do território onde atuam critérios como resiliência, vulnerabilidade e risco, do modo em que todas as demandas sejam acolhidas, sejam decorrentes de sofrimentos ou necessidades de saúde.

Portanto, a equipe reconhece seu papel diante da Atenção Básica e apresenta dificuldade em compreender seu papel na perspectiva da atenção à saúde mental, dissociando o Consultório na Rua da Política de Saúde Mental, só relacionando a modalidade a Política de Saúde Mental como algo que antecedeu o atual modelo, quando ainda se denominava Consultório de Rua.

Estratégias de cuidado da equipe do CnaR relacionadas a atenção psicossocial e o uso de álcool de outras drogas pela população em situação de rua.

Quando questionados sobre a compreensão do conceito “Atenção psicossocial” a equipe relatou que:

“É uma atenção mais voltada pro olhar integral, não só um olhar específico de um ponto, mas um olhar que aquele indivíduo tem questões tanto psíquicas quanto sociais que interferem na questão biológica dele...” E1

“É um conjunto de coisas assim, que não desvincula da saúde biológica, mas que acho que é você poder no atendimento comum já tentar entender a pessoa e incluir nesse atendimento questões relacionadas à como é que ela tá né...” E2

“Pra mim é um paradigma de atuação [...] essa concepção que vem pra mudar o tratamento na atenção à saúde mental e não só isso, a própria concepção de loucura e de visão de mundo e de sujeito...” E3.

“Psicossocial dá um nó na minha cabeça [...] até que não são pacientes tão difíceis de lidar como os alcoolistas, mas eu acho que se torna difícil pelo apoio da rede...” E4

“Psicossocial pra mim eu acho que engloba tudo, tanto o cuidado clínico, mental, social, que estão ligados na condição de saúde da pessoa...” E5

A maioria dos profissionais entrevistados acreditam que atenção psicossocial é ter uma visão global do sujeito, onde as questões psíquicas e sociais interferem diretamente na saúde biológica, ressaltando a importância de um olhar integral. Entretanto um membro da equipe trouxe o conceito como mudança de paradigma de atuação que proporciona mudança significativa na atenção à saúde mental.

A visão da equipe vai ao encontro com a mudança de paradigma de saúde, no que concerne a uma visão mais holística do sujeito que considera aspectos psíquicos e sociais entre outros, ao mesmo tempo, trazem o fator biológico como central no que tange a saúde, trazendo os outros aspectos como interventores da condição biológica do indivíduo, reforçando a existência do modelo biomédico preponderante no Sistema Único de Saúde.

A necessidade de mudança de paradigma de saúde vem como um fenômeno enraizado no modelo médico em vigor, que se estrutura a partir de um paradigma Flexneriano, o que implica numa inevitável mudança de atenção em saúde que decorra de um paradigma moldado na produção de uma saúde social. (MENDES, 2010).

Nessa perspectiva segundo Yasui e Costa-Rosa (2009) a saúde tem uma concepção que perpassa pelo modo em que se leva a vida, considerando aspectos econômicos, físicos, culturais, psíquicos e sociais. Segundo os mesmos autores a mudança dessa lógica paradigmática só é possível com a ampliação da formação continuada desses profissionais e perpassa diretamente sobre estratégias focadas nas demandas sociais do território.

Depois de questionado sobre o conceito da atenção psicossocial, procurou-se saber quais ações da equipe estão direcionadas para a lógica da atenção psicossocial, onde a maioria apontou as ações nesse âmbito para um membro da equipe conforme falas abaixo:

“[...] tem várias questões que vão pra essa lógica, os grupos que a gente tá tentando promover, as ações de fortalecimento, rua na rede [...] acho que a gente tem tentado pensar em estratégias, mas isso demanda tempo né [...] então a gente sempre tem que pensar muito bem o que a gente faz...” E1

“Eu acho que aí assim, isso acaba dividindo um pouco a equipe, acho que mais assim, a Fulana tem a questão de fazer um espaço de escuta fora do ambiente da saúde né, é uma

ação específica e continuada, um espaço de acompanhamento dos pacientes na internação que ela começou a fazer agora” E2

“Eu acho que da equipe não tem até[...] o que me chamou atenção é isso, não tinha nada de saúde mental, de atenção psicossocial no consultório. E agora tem e o que tem é porque eu faço. ” E3

“Não sei se vai responder, mas assim ó, hoje a fulana, ela é bem atuante nisso” E4

“Eu acho que a gente tá caminhando pra isso [...] esses projetos aí, da rua na rede, da roda de conversa tá evoluindo pra algumas ações [...] porque é muito diferente, a gente descer do carro, três ou quatro pessoas de jaleco, o pessoal já meio que corre [...] a gente tava focado muito no clínico [...] esquecendo dessa parte psicossocial um pouco. ” E5

As ações citadas pelos membros da equipe se caracterizam na figura de um único ator do grupo, ao mesmo passo que, eles demonstram ter conhecimento da pouca atuação nesse campo e ter consciência do olhar clínico imperativo no cuidado prestado.

A reforma psiquiátrica brasileira propôs transformações no complexo campo da saúde mental e ainda se apresenta como um desafio no cotidiano dos profissionais de saúde que tem como tarefa a expansão e consolidação dessa mudança em suas ações (MENDES, 2010).

É preciso intervir em saúde mental numa perspectiva que vai além da assistência, que vise os vários condicionantes sociais do indivíduo, sua realidade social que perpassa por questões econômicas e culturais em que está inserida. Alcançar ações que considerem todos esses aspectos ainda é um desafio em saúde mental. (LOBOSQUE, 2011).

O membro citado pelo grupo tem experiências anteriores nesse campo de atuação e por isso se destaca dentre as ações direcionadas para a lógica da atenção psicossocial, apesar de que, nem sempre a experiência por si só determine mudanças paradigmáticas em saúde, pois o modelo predominante nas formações dos profissionais de saúde ainda é pautado num modelo biologista.

A condição de vida em situação de rua muitas vezes se relaciona com o uso de álcool e ou outras drogas, portanto se faz necessário saber como a equipe compreende o seu papel frente a essa temática e como atuam no território onde trabalham.

Sobre o papel do consultório na rua em relação ao uso de substâncias psicoativa pela população em situação de rua, pode-se concluir que, a equipe entende que ele se configura em trabalhar com a redução de danos, identificar quais os problemas gerados pelo uso, atender a demanda imediata do uso de substâncias e ajudar no controle de uso com medicamento e

atendimento psicológico, destacando-se a redução de danos, como evidenciado nas falas abaixo:

“O nosso principal papel, que eu vejo, é trabalhar com a redução de danos né, então, de ser profissionais com postura de redução de danos...” E1

“[...] primeiro identificar o uso, depois avaliar se esse uso é um uso que gera problemas pra pessoa ou não e se é um uso problemático o que quer a pessoa, que tipo de conduta a equipe pode ter em relação a isso”. E2

“[...] O papel é de atender só que não é fácil [...] um dos desafios pra o uso de substancias é essa demanda imediata né, quando a demanda vem, ela vem imediata, pra agora, é agora ou nunca”. E3

“Não procura, assim, falar que ele tem que parar, não pode usar [...] Trabalha com ele a redução de danos”. E4

“[...] tentar controlar o uso, então tanto avaliando e dando medicamento, como em conversas, em ajuda com a psicóloga, então eu ainda vejo que a gente não tá tanto na diminuição do uso em sim, redução de danos. E5

Segundo Carneiro e Silveira (2003) O uso de substancias psicoativas no Brasil não se configura como algo recente, mas perpassa por toda história do país e se faz presente em toda sociedade brasileira desde o descobrimento até os dias atuais.

Porém o aumento do consumo dessas substancia acarretou problemas nos campos jurídicos, sociais e de saúde e ao se tornar uma demanda de saúde pública iniciou-se a criação de várias políticas na tentativa de resolver essa problemática, a princípio aliado ao judiciário, o caráter das ações era punitivo e criminatorio (PACHECO, 2013).

De acordo com Fiore (2005) a medicina contribuiu de forma decisiva para a criminalização do uso das drogas quando forneceu subsídios técnicos e científicos que legitimaram a legislação do Brasil sobre o controle do uso de drogas, onde os usuários passaram a ser ou doentes ou criminosos.

Em contrapartida em 1989 surge em Santos-SP a primeira experiência no Brasil com a redução de danos que se caracterizava pela distribuição de seringas estéreis para os usuários de drogas injetáveis, tendo como objetivo a contenção do HIV que se disseminava. A experiência foi exitosa e desde então, vários estados brasileiros adotam medidas nessa perspectiva, no enfrentamento das questões do uso de drogas, não só injetáveis, mas de drogas com diferentes formas de uso (BRASIL, 2005).

Cabe salientar que a própria modalidade Consultório na Rua deriva de outra experiência de consultório itinerante para a população em situação de rua que se denominava Consultório de Rua, onde o foco principal das suas ações era o atendimento extramuros direcionado para os indivíduos vulneráveis e usuários de álcool e outras drogas (BRASIL, 2010).

Quando os profissionais do Consultório na Rua trazem nas suas falas a redução de danos como o principal papel da equipe no que tange ao uso de drogas pela população de rua, necessariamente não significa que a prática dessa ação seja viabilizada ou mesmo recorrente no manejo a essas questões, mas que estão conscientes do seu papel, ou pelo menos daquilo que traz as políticas de saúde que norteiam e definem o papel do Consultório na Rua.

O olhar que propõe salvação, tratamento, recuperação ou até mesmo punição aos usuários de drogas, ainda é muito forte e muitas vezes se sobrepõe como o modelo de atenção que utiliza hospitais psiquiátricos, casas de recuperação ou centros de tratamento como a alternativa mais viável no manejo a esses sujeitos, portanto a mudança de atuação dos profissionais de saúde nesse campo é gradual e lenta e corre-se sempre o risco de recorrer a velhas práticas (MACHADO, MIRANDO, 2007).

Quando questionados se eles abordam a questão do uso de drogas pela população de rua e como acontece essa abordagem a fala da E3 se diferencia das demais falas que versam sobre a abordagem ou não inicialmente do uso e sobre o interesse ou não de parar ou diminuir esse consumo:

“[...] a gente nunca chega num paciente só falando sobre o uso, se isso for uma demanda dele a gente vai junto [...] claro que em alguns momentos essa questão tá prejudicando muito a vida do paciente, aí a gente tem que ser um pouco mais enfático...” E1

“[...] se a pessoa tem interesse de parar, se é um problema a questão da dependência, e aí a gente avalia, tenta ajudar[...] encaminha se necessário, quando é uma demanda da própria pessoa ou quando a gente avalia que precisa fazer alguma coisa...” E2

“[...]Abordo o uso, tanto a cena quanto o uso, da forma que eles me trazem, sem julgamento, sem moral [...]a equipe aborda, vejo muito um profissional da equipe oferecendo comunidade terapêutica[...] acho que sim é abordado pela equipe, mas mais de uma perspectiva moral biomédica...” E3

“A gente aborda sempre, porque quando a gente vai fazer o atendimento, a gente sempre pergunta pro paciente se ele faz uso, o que ele usa, tem uns que no início ficam meio desconfiado [...]a gente quer saber o que ele usa pra ajudar se ele tem interesse em diminuir o uso...” E4

“Então, a gente aborda sempre perguntando o que a pessoa usa, quanto tempo né, se tá tentando parar [...] a gente tá tentando sempre fortalecer e estimular pelo menos a diminuição do uso, se não consegui parar...” E5

A dimensão da redução de danos nas falas acima é caracterizada na sua maioria, pela necessidade de que os usuários tenham o desejo de cessar o uso ou ao menos diminuí-lo, não implicando abordagens de como acontece o uso, quais riscos ele traz, como minimiza-los, ou trabalhar aspectos que diminuam os danos à saúde desses indivíduo ou potencialize outras questões da vida desses sujeitos que de fato reduzam os danos causados.

Na lógica da redução de danos a E3 traz um dimensionamento preconizado na Política Nacional de Redução de Danos, quando relata a abordagem da cena e da maneira que os usuários trazem o uso de drogas, sem julgamento, ao mesmo passo que, aponta a abordagem da equipe com um viés moral e biomédico.

Segundo Fonseca e Bastos (2005) a redução de danos tem como objetivo a minimização ou prevenção das consequências negativas do uso de drogas e pode ser entendida como um conjunto de estratégias de saúde que se configuram como uma alternativa diferente daquelas que estabelecem como meta a abstinência de drogas.

Segundo o Ministério da Saúde (2010) o foco principal da redução de danos é ofertar um cuidado integral a saúde desses indivíduos, reduzindo ou prevenindo prejuízos decorrentes do uso de drogas. Nesse sentido se torna uma estratégia desenvolvida para pessoas que não conseguem parar ou diminuir o uso e está diretamente ligada a uma atuação que preserva direitos, e perpassa intrinsicamente pela promoção de vínculos que impactam de forma positiva as condições de saúde tanto do indivíduo como do coletivo dessa população. De maneira geral atua no resgate a cidadania.

É possível concluir que existe divergência entre o papel e as estratégias em saúde mental empregada pela equipe, ao mesmo passo que aponta para os desafios que é convergir as políticas de saúde mental em práticas efetivas.

A mudança de paradigma de saúde perpassa tanto pelo paradigma social da saúde como o paradigma psicossocial. Existe uma convergência ideológica entre a reforma sanitária e a reforma psiquiátrica no Brasil, o que suscita a necessidade urgente de formação de trabalhadores na perspectiva do novo desenho da saúde mental e torna inadiável redirecionar

outros, que ainda se encontram em práticas características do modelo biomédico que precisa ser superado (YASUI, COSTA-ROSA, 2008)

Desafios da atuação em rede e do reconhecimento do território de atuação

O Ministério da Saúde traz a atuação em rede da equipe do Consultório na Rua como de suma importância para a efetivação das ações e serviços prestados. Relacionado a essa atuação foram feitas várias indagações aos membros da equipe, que de um modo geral, relataram que sempre estão se articulando em rede:

[...] às vezes é mais difícil dentro da própria saúde, que é o nosso setor né, a gente tem muita parceria fora, com a equipe da assistência social, trabalho, defensoria [...] através, de reuniões, a gente tenta ter reuniões com quase todos os setores que a gente trabalha, pelo menos uma mensal. E1

[...] a equipe sempre teve que se articular, com a rede e fora da rede de várias maneiras, discutindo casos de pacientes, encaminhando pacientes [...] então eu acho que compartilhando o cuidado com outros pontos da rede né.... com a assistência social é bastante. E2

Então a gente tem um trabalho mais de perto com a abordagem social e serviços especializados e Centro POP [...] principalmente esses dois que são serviços da assistência social [...] a gente tem com cada um deles uma reunião mensal, de discussão de caso e acompanhamento dos casos incomum. E3

Segundo Franco (2006) todo trabalho em saúde constitui uma rede em torno dele, o que denota a inerência da sua existência, portanto o que se questiona é a característica que possui essa rede, se a mesma se configura como conflituosa ou harmônica, se os fluxos se conectam ou se há uma fragmentação entre as instituições, serviços, e ações que a formam. Independentemente de como ela se encontra, os atos produtivos do trabalho serão sempre em rede. Essas redes se expressam no meio social e constroem modos de relação no território onde atuam de formas distintas.

O manual de cuidado a população de rua traz “a incorporação das ações programáticas, incluindo acesso às redes sociais” como um dos pontos importantes no auxílio do trabalho da equipe do consultório na rua (BRASIL, 2012).

As ações da equipe estão em consonância com aquilo preconizado e recomendado pelo Ministério da saúde e evidencia um trabalho realizado de forma intersetorial no território onde estão alocados. Do mesmo modo que, aponta para a vulnerabilidade do indivíduo em situação

de rua, como fator determinante da sua condição e indispensável no planejamento e execução das ações em saúde direcionadas a esse público.

São muitos os estigmas que circundam a população em situação de rua e que se configuram no imaginário social, essa estigmatização torna imprescindível estratégia da equipe que visem diminuir o preconceito de outros profissionais das redes, ao mesmo passo que os sensibilize no atendimento e compreensão da situação de rua (VIEIRA,1999).

Ao questionar sobre ações nessa direção e como se dá o enfrentamento no cotidiano do trabalho, a equipe trouxe o embate como ferramenta recorrente ao acessarem outros pontos da rede e a falta de ações planejadas nesse sentido:

“Eu acho que a gente já fez mais e foi um pouco cortado [...] esse papel estratégico é um dos papéis fundamentais da equipe. ” E1

“[...] a gente não faz nenhuma atividade específica [...] o que a gente faz com frequência é cobrar que os serviços atendam as pessoas como isso deve ser.” E2

“[...] ainda não temos nada específico, acho que é nosso papel sim, mas ainda não demos conta [...] é conforme a demanda, a gente faz isso conforme a demanda, o que parece”. E3

“Não, especifica não, o que a gente faz é quando alguma unidade pede pra conhecer como é que funciona o consultório na rua”. E5

O plano operativo para implementação de ações em saúde da população em situação de rua estabelece estratégias dispostas em eixos de atuação. O eixo 3 versa sobre a educação permanente na abordagem dessa população:

O Consultório na Rua como um equipamento de saúde, possui potencialidades para articular de forma intersetorial, pois atua com um público complexo que traz consigo especificidades, com múltiplas demandas, necessitando dessa forma de diferentes serviços dentro da rede de saúde e fora dela. Dessa maneira se configura como uma modalidade potente para o rompimento do isolamento do setor da saúde, pela necessidade recorrente do no seu cotidiano, de acionamento e parcerias com outros dispositivos, pois só assim se viabiliza ações concretas e efetivas, que atendem a necessidade da população em situação de rua.

A amarração entre os diversos segmentos sociais que a equipe desenvolve pode contribuir significativamente para um processo de sensibilização dos diferentes profissionais que atuam nas diversas instituições no campo da saúde, da assistência social, entre outros, e

pode resultar na dissolução da imagem quase sempre fixa, permanente da pessoa em situação de rua, atrelando essa condição ao crime, ao uso de drogas, a falta de escolaridade, a vadiagem. Quando nos aproximamos desta parcela da população é possível perceber que essa visão não é condizendo com a realidade, pois a heterogeneidade é marcante nesse grupo e contrapõe os estigmas (VIEIRA, 1994).

A relação e compreensão do território de atuação são de suma importância para a dinâmica de trabalho da equipe ao mesmo passo que, facilita a construção de estratégias e ações que vão ao encontro com efetividade do cuidado prestado.

A dimensão do cuidado no Consultório na Rua perpassa intrinsecamente por uma interação com o território, já que o trabalho preconizado deve ser desenvolvido de forma itinerante e, portanto, vai além dos espaços formais dos atendimentos, suscitando um novo olhar, uma nova forma de se fazer saúde, nas ruas, nas praças, em consonância com a dinâmica desses espaços (SANTOS 2003).

Quando questionados a respeito da importância das ações de forma itinerante a equipe ressalta esse componente como o principal, o que gera mais resultados, o que efetiva o acesso a essa população, além de trazer as limitações a respeito de como isso tem se desenvolvido no município, pois não possuem motorista de segunda a sexta, o que só possibilita a vivência nas ruas por quatro dias na semana:

“Acho que o principal, é o que traz mais resultado [...] com essa estratégia itinerante os pacientes têm responsabilidade [...] atua em conjunto com eles”. E1

“Acho que total assim né, o objetivo principal é dá acesso pras pessoas que estão em situação de rua no sentido de, das pessoas que menos conseguem ter acesso aos serviços [...] senão puder tá itinerante a gente perde grande parte da característica da equipe”. E2

“Pra mim é o que deveria ser 100% do trabalho né [...] deve se adequar a população e não ao contrario [...] tem que se adequar ao território aonde elas vão, onde elas estão a gente tem que se adequar aos horários que elas estão disponíveis”. E3

“Sim, eu acho importante esse trabalho itinerante porque alguns pacientes não chegam até as unidades [...] eu acho que a principal, acho que nem deveria ter que ficar tanto tempo quanto a gente fica dentro da unidade”. E4

“Eu acho que máxima assim né [...] ainda tem a dificuldade de não ter um motorista 40 horas [...] porque nossa equipe é pra funcionar 40 horas, mas a gente não tem 40 horas de profissional né, de algumas categorias”. E5

A atividade in loco vai além da possibilidade de realização de procedimentos ou demandas de saúde, como realização de curativos, anamnese ou até mesmo orientações sobre prevenção e promoção de saúde. Essa atividade possibilita uma maior integração com o meio em que a população em situação de rua vive e com as pessoas que a compõe, é o caminho para estabelecer vínculo, viabilizando inclusive alternativas para problemas vivenciados nas ruas (BRASIL, 2010).

O entendimento da equipe sobre o seu território de atuação perpassa pela compreensão geográfica, quando relatam que ele é extenso, sendo todas as pessoas em situação de rua do município, além disso, eles conseguem mapear os pontos de aglomeração da população e ainda trazem a heterogeneidade e sazonalidade como características importantes que determinam seu número e suas demandas:

“Geográfico, a gente atende todo o município, o que é bem grande pra uma equipe de consultório [...] é um território que a gente consegue localizar e mapear pontos de aglomeração da população”. E1

“Eu acho que bem amplas assim, todas as pessoas que estão em situação de rua são nosso território [...] então é realmente muito complexo, é um mundo [...] tem muitas coisas muito diferentes, desde situações muito transitórias até situações totalmente crônicas”. E2

“Território é o município todo geograficamente falando né [...]eu consigo falar com propriedade do centro[...]então eu consigo perceber as relações, as mudanças[...]a gente ta usando a unidade móvel[...] mas a gente ainda vai uma vez por mês para outros bairros”. E3

“É grande pra uma equipe, é extenso, tu não consegue, como aqui no centro tá próximo da onde a gente, fica uma concentração maior de usuários, eles acabam demandando mais da gente e aí acaba não circulando em todo o território que a gente tem”. E4

“Geralmente o que a gente percebe é, tem lugares específicos da cidade que essa população fica mais né [...] e o engraçado que dependendo do local que essa população fica, você sabe mais ou menos o que encontrar [...] é bem dinâmico”. E5

O Ministério da Saúde (2012) traz como parte constituinte do trabalho do Consultório na Rua o diagnóstico situacional do seu território. O uso da cartografia como ferramenta de análise desse território, possibilita conhecer e se apropriar minimamente do espaço em que desenvolve suas ações. A cartografia relaciona-se como arcabouço para as ações da equipe, ao passo que, oferece uma visão ampla do território, de quem é essa população, onde ela vive, como se relaciona com os serviços públicos e privados, quais equipamentos comunitários pode acessar, como é configurada a assistência a essas pessoas, subsidiando a relação intersetorial que pode desenvolver, efetivando práticas da equipe.

Nesse sentido a proposta de um trabalho itinerante correlaciona-se com o território e implica no dimensionamento das ações propostas de acordo com as vivências e experiências sob esses aspectos, o que suscita indagações sobre o planejamento de ações de acordo com o território, por isso foi questionado à equipe se ela planeja ações considerando as especificidades do território em que atua:

“A gente pensa no nosso dia, também de segunda a sexta, porque a gente sabe que sexta, a gente não te o carro [...] geralmente a gente encontra demandas que não vai consegui resolver no próprio dia e aí vem o final de semana e a gente quebra o vínculo” E1

“Eu acho que sim [...] colocar a unidade móvel nesses locais foi uma tentativa de planejar ação visando a especificidade das pessoas que não vem até o centro, ter a unidade móvel lá foi uma ação que tentou considerar isso, que tem gente que não vai chegar aqui” E2

“A gente não planeja muito a ação [...] toda reunião de equipe [...] a gente compartilha ali os casos né, tem o acompanhamento dos marcadores [...] do jeito que tá a gente não planeja ações nem coletivas, nem de alcance social, não, é o caso a caso” E3

“Acho que sim porque, tipo a gente tem visto que tem muito paciente alcoolista. Até nas nossas reuniões, assim os marcadores e agora a gente criou o marcador de alcoolista [...] tem dias que a gente sai [...] vai sair pra atender os alcoolistas” E4

“Então, dependendo pra onde a gente vai [...] são totalmente diferentes o tipo de população que a gente atua então a gente acaba sempre planejando conforme pra onde a gente vai [...] tipo, tal lugar a gente tem que planejar mais demanda clínica” E5

Segundo Mendes (1999) o território é usado muitas vezes para estratégias que pretendem coletar e organizar dados acerca de uma população, mas é importante se atentar que os processos que constituem esses sujeitos ultrapassam esses limites e perpassam por questões sociais e ambientais.

Essa perspectiva relacionada ao território advém de um modelo sanitarista, ainda muito presente no setor saúde e de certo modo, continua atingindo diretamente a população em situação de rua, através de medidas higienistas do estado, que pretendem esconder esse grupo, ou no caso da saúde, com medidas pautadas na vigilância sanitária e epidemiológica.

Em contrapartida a reforma sanitária motivou a reflexão a respeito do funcionamento dos serviços, tendo como base o território, e possibilitou maiores critérios sobre a delimitação e o conceito de território para a saúde.

A equipe reconhece a importância da aproximação com o seu território, consegue fazer o mapeamento no que concernem os aglomerados da população de rua no município,

identifica algumas demandas, ao mesmo passo que não desenvolvem estratégias para além da perspectiva epidemiológica e sanitária.

Podem-se constatar também as limitações de suas ações, que não contam com um motorista por 40 horas semanais, que viabilize a ir a campo todos os dias da semana em que a equipe está disponível. Além disso, a equipe não conta com uma unidade móvel equipada que possa ficar efetivamente nas ruas impelindo as suas atividades em saúde para o Centro de Saúde em que se encontra alocada.

Após as entrevistas, foi realizado o Grupo Focal, com o objetivo de refletir junto a equipe a respeito das estratégias e a perspectiva psicossocial do cuidado prestado. Esta etapa apontou para a necessidade da compreensão da Atenção Psicossocial e sua aplicabilidade no cotidiano da equipe. O Grupo evolui no sentido do entendimento desse conceito e da relevância dessa atenção nas ações, do passo que, no início do grupo acreditavam estarem incorporados dessa lógica e ao final do grupo evidenciaram que não a efetivam em seu cotidiano e que as ações nesse sentido são limitadas.

Grupo Focal: Reflexões sobre as práticas na lógica da atenção psicossocial

No primeiro momento o grupo aponta para o que tem sido o papel estratégico da equipe nessa perspectiva, segundo falas abaixo:

“Quando me vem papel estratégico, o principal que eu penso é no papel de sensibilização que a equipe tem com as redes de saúde e com as demais redes de atenção a população em situação de rua” E1

“A existência da equipe é o papel estratégico, eu acho né, que e você poder ter uma equipe ter consultório na rua é estratégico, o fato da equipe existir né que é tentar colocar em prática essa parte da política nacional...” E2

“Papel estratégico [...] ele tem duas vertentes né: que é a atenção ao usuário e do acesso a rede [...]poder atender o usuário sem tá prestando assistência a ele no sentido que a gente tá articulando rede, discutindo caso, garantindo direito, isso é um papel estratégico e que tem a ver com a relevância da atenção psicossocial né, que é entender o processo de decifrar além das doenças né, entender como cidadania[...]" E3

Em sequência o grupo reflete sobre a relevância da atenção psicossocial dentro desse papel:

“É, a gente sente agora como consultório na rua como um todo que aqui pro sul é pouco né, pro norte e nordeste tem muito mais isso, nessa questão, é voltado pra psicossocial mais forte assim[...] eu vejo essa diferença bem grande quando eu converso com outras equipes. ” E1

“[...]o tempo inteiro praticamente a gente trabalha junto, o tempo inteiro a gente tá olhando pra essas outras necessidades do paciente, a gente não separa, isso é um atendimento psicossocial, isso é um atendimento de” E2

“[...] na questão psicossocial, no consultório na rua é pensar em modelo de atenção né, de que forma a gente atua dentro de um modelo biomédico ou de um modelo psicossocial, de que forma a gente olha pro usuário, né, de uma perspectiva biomédica ou de uma perspectiva de integralidade que tá dentro da atenção psicossocial daí” E3

“[...] vem uma busca ativa da vigilância, é uma cobrança biomédica, mas a gente não vai fazer aquilo a qualquer custo só porque o cara tem tb, por exemplo. Tem que sempre justificar isso no prontuário, justificar isso pra vigilância, e comprar algumas brigas pra que ele seja respeitado” E4

Ao final do Grupo Focal a equipe caminhou para as seguintes constatações:

“Desse conceito de atendimento talvez a gente não seja no nível tão avançado de ter outras atividades, por exemplo, em São Luiz tem uma atividade[...] que é fazer cachimbo junto com o paciente, tem algumas oficinas mais específicas[...] a gente não tem isso, a gente não tem insumos[...] a gente é chicoteada [...]você estão na atenção básica, vocês precisam fazer isso. ” E1

“[...] pensando, agora depois que a gente conversou, eu acho que talvez seja não tão intenso o psicossocial... até porque, assim, acho que pra mim particularmente é difícil mesmo, tem uma série de questões [...] você tem que dar conta da tuberculose[...] tem que dá conta da gestante que tá na rua [...]na minha cabeça vem ‘meu deus tem que fazer teste do VDRL, tem que fazer o teste de HIV, tem que fazer’” E2

“O termo psicossocial ele faz pegadinha né, na verdade[...] é porque ah gente tende a achar que psicossocial se refere a psicologia em serviço social só[...]eu acho que a gente cumpre muito bem o nosso papel na assistência ao usuário, né, as vezes até demais[...]a gente pode avançar[...], mas a gente tem poucos momentos de reflexão[...] Jessa reflexão aqui óh, é a primeira vez que eu tô conversando com as gurias sobre isso” E3

A técnica do Grupo Focal se mostrou exitosa, em relação ao objetivo de proporcionar um espaço de reflexão à equipe. Ao relatarem a experiência como algo inédito no seu cotidiano, reforçou a importância de momentos como estes, onde se confrontam ideias e percepções individuais a respeito de algo realizado no conjunto.

Segundo Yasui e Costa-Rosa (2009) O Campo da saúde é pautado na hegemonia biomédica e produz uma hierarquização das relações de acordo com a divisão social do trabalho, onde o saber médico é imperativo relacionado a outros saberes. Esse modelo produz

certa divisão de atividades, que muitas vezes não se relacionam entre si, compartilhando muito pouco os conhecimentos inerentes aos diversos saberes profissionais que constituem o sistema.

TECENDO ALGUMAS CONSIDERAÇÕES

Esse estudo possibilitou uma aproximação com a realidade da equipe do Consultório na Rua e fez emergir potencialidades e limitações no que concerne a atuação desses profissionais. Esses aspectos perpassam por variadas dimensões, desde subjetividades implícitas, de alguma maneira, nas respostas obtidas, até a dimensão e o alcance das Políticas Públicas direcionadas a população em situação de rua.

A pesquisa alcançou seu objetivo, resultando numa reflexão acerca da atenção psicossocial desenvolvida pela equipe, ao mesmo passo que, identificou o papel que o Consultório na Rua tem desempenhado dentro da rede de saúde e levantou estratégias de cuidado adotadas pelos profissionais a população em situação de rua, versando a todo tempo sobre a lógica da atenção psicossocial, seja através da compreensão da equipe sobre esse conceito, assim como nas práticas diárias ofertadas.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Decreto Presidencial no 7.053, de 23 de dezembro de 2009: institui a Política Nacional para a População em Situação de Rua e seu Comitê Intersetorial de Acompanhamento e Monitoramento, e dá outras providências. Diário Oficial da União 2009; 24 dez.

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Manual sobre o cuidado à saúde junto à população em situação de rua*. Brasília: MS; 2012.p.34, 38.

BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde; 2012.

BRASIL. Portaria n 122, de 25 de janeiro de 2012: define as diretrizes de organização e funcionamento das equipes de Consultório na Rua. Diário Oficial da União 2012; 26 jan.

CARNEIRO Jr. N, SILVEIRA C. Organização das práticas de atenção primária em saúde no contexto dos processos de exclusão/inclusão social. Cad Saúde Pública 2003;

CARNEIRO Junior N, NOGUEIRA E. A, LANFERINI G. M , MARTINELLI M. Serviços de saúde e população de rua: contribuição para um debate. *Saude Soc* [periódico na internet] 1998 [acessado 2014 mar 27]; 7(2):[cerca de 16p]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v7n2/05.pdf>

CECÍLIO, Luíz Carlos de Oliveira. Uma sistematização e discussão de tecnologia leve de planejamento estratégico aplicada ao setor governamental. In: MERHY, E. E. (Org.). **Agir em saúde**. São Paulo: Hucitec, 2003.

FERTONANI, Hosanna Patrig; PIRES, Denise Elvira Pires de; BIFF, Daiane and SCHERER, Magda Duarte dos Anjos. **Modelo assistencial em saúde: conceitos e desafios para a atenção básica brasileira**. *Ciênc. saúde coletiva* [online]. 2015, vol.20, n.6, pp.1869-1878. ISSN 1413-8123. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232015206.13272014>

IORE, M. A medicalização da questão do uso de drogas no Brasil: reflexões acerca de debates institucionais e jurídicos. Venâncio, Renato P.; Carneiro, Henrique (Org.). *Álcool e drogas na História do Brasil*. São Paulo: Alameda. p.257-290, 200

LEAL, Giuliana Franco. Exclusão social e ruptura dos laços sociais: análise crítica do debate contemporânea. Florianópolis: Ed. Da UFSC, 2011.

LIMA, M.G. & Silva, G.B. (2004). A reforma psiquiátrica no distrito federal. *Rev Bras Enferm*, 57(5), 591-5.

LOBOSQUE, A.M. (2011). Debatendo alguns desafios da Reforma Psiquiátrica Brasileira. *Ciência & Saúde Coletiva*, 16 (12), 4590-4602.

MACHADO, Ana Regina; MIRANDA, Paulo Sérgio Carneiro. Fragmentos da história da atenção à saúde para usuários de álcool e outras drogas no Brasil: da Justiça à Saúde Pública. *Hist. cienc. saúde-Manguinhos*, Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, Set. 2007. Disponível em: < <http://www.scielo.br/scielo> >

MENDES EV, 1999. *Distrito Sanitário: O processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde*. São Paulo, Rio de Janeiro: Hucitec-Abrasco.

MENDES, E.V. As redes de atenção à saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**. Vol.15(5):2297-2305, 2010.

MERHY, E. E. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In MERHY, E. E.; ONOCKO, R. (Orgs.). *Agir em saúde: um desafio para o público*. São Paulo: Hucitec, 1998. p. 71-112.

PAIVA, Irismar Karla Sarmento de et al. **O direito das pessoas desabrigadas à saúde: reflexões sobre os problemas e componentes**. *Ciênc. Saúde coletiva* [online]. 2016, vol.21, n.8, pp.2595-2606. ISSN 1413-8123. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232015218.06892015>

SANTANA, Carmen. Consultórios de rua ou na rua? Reflexões sobre políticas de abordagem à saúde da população de rua. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, n. 8, p. 1798 1799, ago. 2014. Disponível em < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2014000801798&lng=pt&nrm=iso >

SANTOS, M. L. C. *Cidades de plástico e papelão: o habitat informal dos moradores de rua em São Paulo, Los Angeles e Tóquio*. São Paulo, 2003. Tese (livre-docência) – Faculdade de Arquitetura e Urbanismo, Universidade de São Paulo.

Saúde da população em situação de rua: um direito humano / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, Departamento de Apoio à Gestão Participativa. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014. P. 29.

SILVA L J, 1985. *Organização do Espaço e Doença*. In: Textos de apoio: Epidemiologia 1 (J.Carvalho, org.), Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública/ABRASCO.

SILVA L J, 1997. O conceito de espaço na epidemiologia das doenças infecciosas. *Cadernos de Saúde Pública* 13(4):585-93.

SOUZA ES, SILVA SRV, CARICARI AM. Rede social e promoção da saúde dos “descartáveis urbanos”. *Rev Esc Enferm USP* [periódico na internet] 2007 [acessado 2014 fev 1]; 41(esp): [cerca de 5p]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v41nspe/v41nspea11.pdf>

VARANDA W, ADORNO RCF. Descartáveis urbanos: discutindo a complexidade da população de rua e o desafio para políticas de saúde. *Saúde Soc* 2004;

VIEIRA, M. A. C. Trecheiros e pardais. In: SIMPÓSIO INTERNACIONAL MIGRAÇÃO: Nação, Lugar e Dinâmicas Territoriais, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1999.

VIEIRA, M. A. C.; BEZERRA, E. M. R.; ROSA, C. M. M. *População de rua: quem é, como vive, como é vista*. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 1994.

YASUI, Silvio; COSTA-ROSA, Abílio. A Estratégia Atenção Psicossocial: desafios na prática dos novos dispositivos de Saúde Mental. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 32, n. 78-79-80, p.27-37 2009.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Realizar este trabalho de conclusão de curso possibilitou adentrar no campo da pesquisa e conhecer os seus desafios e gratificações, ao mesmo passo que, me proporcionou mergulhar num universo até então desconhecido.

Conhecer o trabalho da equipe do Consultório na Rua foi ir ao encontro de muitas particularidades e contrapor a todo instante o modelo de atenção em saúde, os entraves das redes, o trabalho multidisciplinar, a formação profissional, a atenção psicossocial entre tantos outros pontos, que são transversais a qualquer serviço de saúde.

Essa aproximação trouxe além de muitas indagações e reflexões sobre o campo da saúde, de uma forma geral, um olhar numa ótica macroestrutural que circunda as pessoas em situação de rua.

A cada leitura se ampliava a percepção sobre o emaranhado de relações que perpassam nossas vidas, cuja diferença para a população em situação de rua se configura em questões ideológicas implícitas no modelo capitalista e fomentam preconceitos e estigmas a aqueles que vivem nas ruas, não possuem endereço fixo domiciliar.

Dessa maneira, há de se constatar que o trabalho de uma equipe direcionado a essa população, não tem como ser fácil, perpassa por subjetividades e objetividades socialmente construídas e é de suma importância para mudança de paradigmas não só na saúde, mas em todos os construtos sociais inerentes, infelizmente, nas diversas esferas da nossa sociedade.

Portanto, a proposta deste estudo vai ao encontro do desafio de pensar a saúde como um campo social, transcendendo as limitações institucionais, sobretudo ideológica que o precede.

Debruçar-me sobre essa temática, foi transpor barreiras na minha formação pessoal e acadêmica e repensar os moldes da sociedade brasileira e seus conceitos estruturantes, como os conceitos de normalidade, adequação e cidadania.

A pesquisa se funde ao fechamento do ciclo de formação acadêmica e complementa a visão de uma vasta área de conhecimentos que é a saúde, portanto, poder contrapor os modelos assistências preponderantes no Sistema Único de Saúde, através da investigação que o trabalho propôs, enaltece sobremaneira a minha trajetória até aqui, me possibilitando uma ótica mais ampliada, sobretudo no que concerne ao desafiador modelo da atenção psicossocial.

Esse trabalho trouxe avanços para atuação da equipe proporcionando reflexões acerca do cuidado voltado para atenção psicossocial. Além disso, trouxe subsídios que podem auxiliar na prática e organização da equipe. Cabe salientar que também apresenta limitações, pois foi realizado com uma única equipe. Assim, faz necessário outras pesquisas na área, com outras equipes de outros municípios, para ampliar a abrangência do estudo.

REFERÊNCIAS

- ALVES, D. S. Integralidade nas políticas de saúde mental. 2001. Brasília, DF: Conselho Nacional de Saúde, 2002. 213 p. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. Rio de Janeiro: Cepesc, 2001. p. 167-176.
- AMARANTE P. (Org.). O modo psicossocial: um paradigma das práticas substitutivas ao modo asilar. In: *Ensaio-subjetividade, saúde mental e sociedade*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2000. p. 141-168.
- AMARANTE, P. **Loucos Pela Vida. A trajetória da Reforma Psiquiátrica no Brasil**. Rio de Janeiro Fiocruz, 1995.
- BARDIN, L. *Análise conteúdo*. 5a Ed. Lisboa: Edições 70; 2010.
- BARROSO, S. M; SILVA, M.A. Reforma Psiquiátrica Brasileira: o caminho da desinstitucionalização pelo olhar da historiografia. **Revista da Spagesp**: Sociedade de Psicoterapias Analíticas Grupais do Estado de São Paulo, São Paulo, v. 12, n. 1, p.66-78, jan. /jun. 2011.
- BILIBIO, L.F.S. Por uma alma dos serviços de saúde para além do bem e do mal: implicações micropolíticas à formação em saúde [tese]. Porto Alegre (RS): Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2009.
- BRASIL. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Manual sobre o cuidado à saúde junto à população em situação de rua*. Brasília: MS; 2012.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 2488**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, outubro de 2011.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 2436**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, setembro de 2017.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 3588**. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, dezembro de 2017.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 4.279**. Estabelece as diretrizes para organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, dezembro de 2010.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Coordenação Nacional de Saúde Mental. Consultórios de Rua do SUS: material de trabalho para a II Oficina Nacional de Consultórios de Rua do SUS. Brasília, DF: EPSJV-Fiocruz; 2010.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Coordenação Nacional de Saúde Mental. Consultórios de Rua do SUS: material de trabalho para a II Oficina Nacional de Consultórios de Rua do SUS. Brasília, DF: EPSJV-Fiocruz; 2010.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Coordenação Nacional de Saúde Mental. Consultórios de Rua do SUS: material de trabalho para a II Oficina Nacional de Consultórios de Rua do SUS. Brasília, DF: EPSJV-Fiocruz; 2010.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Relatório final da IV Conferência Nacional de Saúde Mental-Intersetorial. Brasília: Ministério da Saúde; 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. **Pesquisa nacional sobre a população em situação de rua**. Brasília: Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, abr. 2008.

BRITO, F. *A transição demográfica no Brasil: as possibilidades e o desafio para a economia e a sociedade*. Belo Horizonte: CEDEPLAR/UFMG; 2007.

BRITO, E. S; VENTURA, C. A. A. *Evolução dos direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais: Uma análise da legislação brasileira*. **Rdisan**, São Paulo, v. 13, n. 2, p.41-63, jul./out. 2012.

CANDIDO, N. A. **Ação pastoral da Igreja Católica Apostólica Romana face ao direito à inserção CAPS: aprendendo a perguntar**. In: LANCETTI, (Org.). *Coleção Saúde loucura*. São Paulo: HUCITEC, 1989. v. 1.

CECCIM, R.B. Equipe de saúde: a perspectiva entre disciplinar na produção dos atos terapêuticos. In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. *Cuidado: as fronteiras de integralidade*. Rio de Janeiro: Abrasco; 2004. p. 259-78.

CECÍLIO, L. C. O. Modelos tecno-assistenciais em saúde: da pirâmide ao círculo, uma possibilidade a ser explorada. *Cad. Saúde Pública*. Rio de Janeiro, v.13, n. 3, p. 469-478, 1997.

COMPARATO, F. K. *A afirmação histórica dos direitos humanos*. São Paulo: *Constituição da República Federativa do Brasil*, 1988.

COSTA, A. et al. Desafios da atenção psicossocial na rede de cuidados do sistema único de saúde do Brasil. **Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental**, v. 7, p.46-53, jun. 2012.

COSTA-ROSA, A. *A instituição de saúde mental como dispositivo social de produção de subjetividade*. Assis: UNESP, 2006. Mimeo.

DALLARI, D. A. *Direitos humanos e cidadania*. São Paulo: Ed. Moderna, 1999. de rua e o desafio para políticas de saúde. **Saúde soc.**, São Paulo, v.13, n. 1, abr.2004.

DELEUSE, G; GUATTARI, F. *Mil Platôs: capitalismo e esquizofrenia*. São Paulo: Editora34, 1995.

DELEUZE, G. O atual e o virtual. In: Alliez E, organizador. *Deleuze: filosofia virtual*. São Paulo: 34; 1996. p. 47-58 ESP/MG; 2010. p. 23-36.

FLORIANOPOLIS, Secretaria Municipal de Saúde. *Carteira de Serviços- Atenção Primária de Saúde*, Florianópolis, março 2014.

FOUCAULT, M. *Em defesa da sociedade: curso no Collège de France (1975-1976)*. 2a ed. São Paulo: WMF, Martins Fontes; 2010.

FRANCO, T. B. As redes na micropolítica do processo de trabalho em saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.). *Gestão em Redes: práticas de avaliação, formação e participação na saúde*. Rio de Janeiro: Cepesc, 2006. p. 459-474.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICAS. *Um panorama da saúde no Brasil: acesso e utilização dos serviços, condições de saúde e fatores de risco e proteção da saúde*. Rio de Janeiro: IBGE; 2010.

KUSCHNIR, R.C; CHORNY, A.H.; LIMA E LIRA, A.M. **Gestão dos sistemas e serviços de saúde**. Florianópolis: Departamento de Ciências da Administração/ UFSC. Brasília: CAPES: UAB, 2010. p.180

MATTOS, R. A. Repensando a organização da rede de serviços de saúde a partir do princípio da integralidade. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.). *Razões públicas para a integralidade em saúde: o cuidado como um valor*. Rio de Janeiro: Cepesc, 2007. p.369-383.

MENDES, E V. **As redes de atenção à saúde**. Organização Pan-americana da Saúde, 2ª edição. Brasília: 2011. 549 p.35

MENDES, E. V. *As redes de atenção à saúde*. Belo Horizonte: Escola de Saúde Pública de Minas Gerais; 2009.

MENDES, E. V. **Os grandes dilemas do SUS**. Salvador: Casa da Qualidade, Tomo II, 2001.

MENDES, E.V. As redes de atenção à saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**. Vol.15(5):2297-2305, 2010.

MERHY, E.E. Anormais do desejo: os novos não humanos? Os sinais que vêm da vida cotidiana e da rua. In: Conselho Federal de Psicologia. Grupo de Trabalho de Álcool e outras Drogas. Drogas e cidadania: em debate. Brasília, DF: CFP; 2012. p. 9-18.

MERHY, E.E. Desafios de desaprendizagens no trabalho em saúde: em busca de anômalos. In: LOBOSQUE; A.M, SIEGMANN; C. FONSECA, T.M.G. Caso-pensamento como estratégia na produção de conhecimento. *Interface (Botucatu)*. 2007; 11(21):53-63.

MERHY, E. E. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In

MERHY, E. E; ONOCKO, R. (Org.). *Agir em saúde: um desafio para o público*. São Paulo: Hucitec, 1997. p. 71-112.

NÓBREGA, M. P. S., S; SILVA, G. B.F; SENA, A.C. R. Funcionamento da Rede de Atenção Psicossocial: RAPS no município de São Paulo, Brasil: perspectivas para o cuidado em Saúde Mental. **Atas CiaiQ2016**: Investigação Qualitativa em Saúde, São Paulo, v. 2, p.41-49, 2016.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. *Relatório Mundial de Saúde 2008: A atenção primária à saúde: agora mais do que nunca*. Brasília: OMS; 2008.

ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE. **Renovación de la Atención Primaria de Salud em las Américas**. 2005.

PAIM, J. S. *Reforma sanitária brasileira: contribuição para a compreensão e crítica*. Salvador: UFBA; Rio de Janeiro: Editora Fiocruz. 2008.

PAIVA, C. H. A; TEIXEIRA, L. A. Reforma sanitária e a criação do Sistema Único de Saúde: notas sobre contextos e autores. **Coc: FIOCRUZ**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 1, p.15-35, jan. /mar. 2014.

PAIVA, C.H.A; TEIXEIRA, L.A. Reforma sanitária e a criação do Sistema Único de Saúde: notas sobre contextos e autores. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, Rio de Janeiro, v.21, n.1, jan. mar. 2014, p.15-35. Possibilidade a ser explorada. *Cad. Saúde Pública*. Rio de Janeiro, v.13, n. 3, p. 469-478, 1997.

QUINDERÉ, P. H. D; JORGE, M. S. B; FRANCO, T. B. Rede de Atenção Psicossocial: qual o lugar da saúde mental? **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 1, n. 24, p.253-271, 13 mar. 2014.

ROMANÍ O. Políticas de drogas: prevención, participación y reducción del daño. Salud Colect. 2008; 4(3):301-18.

SARACENO, B. (1999). Libertando identidades: da reabilitação psicossocial à cidadania possível. Belo Horizonte: Te Cora. Saraiva, 2007.

SCHNEIDER, A.R.S. A rede de atenção em saúde mental: a importância da interação entre a atenção primária e os serviços de saúde mental. **Revista Ciência & Saúde**, Porto Alegre, v. 2, n. 2, p.78-84, jul-dez. 2009.

SILVA, M.B.B. (2005). Atenção psicossocial e gestão de populações: sobre os discursos e as práticas em torno da responsabilidade no campo da saúde mental. *Physis*, 15 (1). **Social de pessoas em situação de rua**. São Bernardo do Campo: UMESP. 2006.

SINDICATO MÉDICO DO RIO GRANDE DO SUL. Consultórios de rua: apenas marketing. *Vox Med*. 2012; 11(60):14-5.

VARANDA W; ADORNO R.C.F. Descartáveis urbanos: discutindo a complexidade da população de rua e o desafio para políticas de saúde. *Saúde Soc*. 2004; 13(1):56-69.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. The World Health Report 2008. **Primary Health Care, now more than ever**. Geneve, 2008.

YASUI, S. *Rupturas e encontros: desafios da reforma psiquiátrica brasileira*. 2006. 208 f. Tese (Doutorado) - Escola Nacional de Saúde Pública/FIOCRUZ, Rio de Janeiro 2006.

YASUI, S; COSTA-ROSA, A. A Estratégia Atenção Psicossocial: desafios na prática dos novos dispositivos de Saúde Mental. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 32, n. 78-79-80, p.27-37, jan - dez 2008.

APÊNDICE A: INSTRUMENTO PARA ENTREVISTA

Tema 1- Papel do Consultório na Rua

- O que você conhece da PNAB e da PNSM sobre o papel do consultório na rua?
- Existe diferença na condução do cuidado da ECR em relação à ESF? Qual?
- O que você compreende por atenção psicossocial?
- A ECR oferece cuidado integral? Como ele ocorre?
- Qual o papel da ECR em relação ao uso de substâncias psicoativas pela PSR?
- A ECR atua para diminuir o preconceito em relação as pessoas em situação de rua? Como?
- A ECR desenvolve alguma atividade para sensibilizar os profissionais de saúde para o acesso e atendimento da população em situação de rua nos serviços de saúde? Qual?
- Como a ECR atua no empoderamento das pessoas em situação de rua frente aos seus direitos de cidadãos?
- Qual a importância da realização das atividades de forma itinerantes para a dinâmica do trabalho da ECR?
- De que maneira a ECR se articula e desenvolve ações em parceria com outros pontos da rede? E fora da rede?
- Como a equipe percebe o seu território de atuação?

Tema 2- Estratégias de Cuidado Utilizadas pela ECR

- Quais estratégias utilizam para estarem próximos da população em situação de rua?
- De que forma a ECR tenta promover o vínculo com as pessoas em situação de rua?
- De que forma a ECR atua para introduzir a pessoa em situação de rua nos equipamentos públicos? Que equipamentos são estes?
- Quais as principais demandas de saúde da população em situação de rua? Qual a relação dessas demandas com a condição psicossocial desses indivíduos?
- Quais ações da ECR estão direcionadas para a lógica da atenção psicossocial?
- Como a ECR atua frente aos fatores de risco, como a violência?
- Como a equipe aborda e atua em relação ao uso de drogas pela PSR?
- Como fomentam o protagonismo e autonomia da pessoa em situação de rua?
- A ECR atua na redução de danos à saúde da pessoa vulnerável? Qual a importância dessa atuação?
- A ECR promove ressocialização da pessoa vulnerável? Como?
- A ECR planeja ações de acordo com as especificidades do território onde atua? Quais são elas?

APÊNDICE B: ROTEIRO GRUPO FOCAL

Funções: Mediador e observador.

I- Apresentação da pesquisadora e dos aspectos relevantes da pesquisa (objetivos, metodologia, análise e publicação dos dados, assim como os aspectos éticos envolvendo a pesquisa).

II- Apresentação dos participantes do estudo.

III-Questão disparadora: A partir das respostas do questionário e das políticas nacionais de atenção básica e de saúde mental, que papel estratégico a ECR tem desempenhado? E dentro desse papel, qual tem sido a relevância da atenção psicossocial.

IV-Discussão e intervenções necessárias.

V- Agradecimento aos colaboradores e encerramento do grupo focal.

APÊNDICE C: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE

Prezado (a) Senhor (a)

Esta pesquisa é sobre “Equipe de Consultório na Rua de Florianópolis: Reflexões sobre o cuidado na perspectiva da atenção psicossocial “e está sendo desenvolvida por Talita Santos Dourado do Curso de enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), sob a orientação da Professora Doutora Maria Terezinha Zeferino.

Objetivos geral: Promover junto a equipe do Consultório na Rua de Florianópolis, reflexões acerca do cuidado na perspectiva da atenção psicossocial, considerando o seu papel, sua articulação com as redes e as ofertas de cuidado. Objetivos específicos: identificar o papel da equipe dentro da rede de saúde; levantar estratégias de cuidado utilizadas pela equipe; estimular a equipe a refletir sobre o cuidado ofertado na lógica da atenção psicossocial.

Solicitamos a sua colaboração para responder o questionário por meio de entrevistas individuais e participar do Grupo Focal a ser realizado no CS Prainha com tempo médio de duração de uma hora e data a combinar previamente com todos participantes, como também sua autorização para apresentar os resultados deste estudo em eventos da área de saúde e publicar em revista científica nacional e/ou internacional. Por ocasião da publicação dos resultados, seu nome será mantido em sigilo absoluto. Informamos que essa pesquisa não oferece nenhum risco ou danos aos participantes e caso haja algum desconforto a pesquisadora estará disposta a tentar solucionar da melhor maneira possível.

Esclarecemos que sua participação no estudo é voluntária e, portanto, o(a) senhor(a) não é obrigado(a) a fornecer as informações e/ou colaborar com as atividades solicitadas pelo Pesquisador(a). Caso decida não participar do estudo, ou resolver a qualquer momento desistir do mesmo, não sofrerá nenhum dano. Os pesquisadores estarão a sua disposição para qualquer esclarecimento que considere necessário em qualquer etapa da pesquisa.

Dra. Maria Terezinha Zeferino

(pesquisadora)

Ac. Talita Santos Dourado

(pesquisadora)

Termo de Consentimento Pós-informado

Considerando, que fui informado (a) dos objetivos e da relevância do estudo proposto, de como será minha participação, dos procedimentos e riscos decorrentes deste estudo, declaro o meu consentimento em participar da pesquisa, como também concordo que os dados obtidos na investigação sejam utilizados para fins científicos (divulgação em eventos e publicações). Estou ciente que receberei uma via desse documento.

Florianópolis, ____ de _____ de _____.

Assinatura do participante

Contato com o Pesquisador (a). Responsável:

Caso necessite de maiores informações sobre o presente estudo, favor ligar para a pesquisadora Talita Santos Dourado. Telefone: (48) 99857-7435 ou para o Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CEPSH), localizado no Prédio Reitoria II, 4º andar, sala 401, localizado na Rua Desembargador Vitor Lima, nº 222, Trindade, Florianópolis. Telefone para contato: 3721-6094

ANEXO - APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SANTA CATARINA - UFSC

**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP****DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

Título da Pesquisa: REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL NO BRASIL: DISCURSOS E PRÁTICAS

Pesquisador: MARIA TEREZINHA ZEFERINO

Área Temática:

Versão:

CAAE: 39378213.4.0000.0121

Instituição Proponente: UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 924.432

Data da Relatoria: 07/12/2014

Apresentação do Projeto:

Trata o presente de um projeto de pesquisa sob a responsabilidade de Maria Terezinha Zeferino, professora Adjunta do Departamento de Enfermagem da UFSC, que assina como pesquisadora responsável a folha de rosto em conjunto com a Chefe do Departamento de Enfermagem da mesma instituição.

A pesquisa será exploratória descritiva com abordagem qualitativa, junto a trabalhadores da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) visando verificar o impacto da vivência de ser tutor do Curso Crise e Urgência em Saúde Mental sobre o cuidado em rede às pessoas em situação de crise e urgência em saúde mental.

Objetivo da Pesquisa:**Objetivo Primário:**

Analisar a implementação e articulação dos diferentes pontos da Rede de Atenção Psicossocial no Brasil para a atenção as situações de crise e urgência em saúde mental, na perspectiva de seus trabalhadores.

Objetivo Secundário:

a. Caracterizar os trabalhadores da RAPS que participaram do Curso Crise e Urgência em Saúde

Endereço: Campus Universitário Reitor João David Ferreira Lima
Bairro: Trindade CEP: 88.040-900
UF: SC Município: FLORIANÓPOLIS
Telefone: (48)3721-9206 Fax: (48)3721-9696 E-mail: cep@reitoria.ufsc.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA - UFSC



Continuação do Parecer: 924.432

Mental;

- b. Identificar as situações de crise e urgência em saúde mental mais impactantes para os trabalhadores da RAPS;
- c. Conhecer como as pessoas em situação de crise e urgência em saúde mental são cuidadas na RAPS, na perspectiva dos seus trabalhadores;
- d. Caracterizar a RAPS através da perspectiva dos seus trabalhadores;
- e. Conhecer como se dá a articulação entre os diversos pontos da RAPS para a atenção às situações de crise e urgência em saúde mental;
- f. Identificar estratégias para ampliar a resolutividade do cuidado em rede às pessoas em situação de crise e urgência em saúde mental;
- g. Desvelar a vivência dos trabalhadores da RAPS no atendimento às pessoas em situação de crise e urgência e saúde mental;
- h. Avaliar a satisfação dos alunos com o Curso Crise e Urgência em Saúde Mental;
- i. Avaliar a percepção da aplicabilidade dos conhecimentos adquiridos no Curso Crise e Urgência em Saúde Mental na prática profissional dos alunos;
- j. Verificar o impacto da vivência de ser tutor do Curso Crise e Urgência em Saúde Mental sobre o cuidado em rede às pessoas em situação de crise e urgência em saúde mental.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

De acordo com o que foi literalmente citado no projeto:

Riscos:

A participação nesta pesquisa não lhe trará complicações legais, não implicará em ônus ou danos aos participantes. Porém, não se pode assegurar que não lhe trará nenhum desconforto, dentre os possíveis pode-se citar o de divulgar informações sobre o seu cotidiano de trabalho e das relações interpessoais que nele estão presentes.

Benefícios:

Os benefícios dessa pesquisa são de contribuir na implementação da RAPS no Brasil no que tange a formação dos trabalhadores e gestores do SUS, bem como, favorecer o cuidado do usuário nos serviços de saúde.*

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Informações adicionais sobre a pesquisa estão devidamente descritas nos campos do presente Parecer e nos documentos submetidos do processo

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Endereço: Campus Universitário Reitor João David Ferreira Lima
 Bairro: Trindade CEP: 88.040-900
 UF: SC Município: FLORIANÓPOLIS
 Telefone: (48)3721-9206 Fax: (48)3721-9696 E-mail: cep@reitoria.ufsc.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SANTA CATARINA - UFSC



Continuação do Parecer: 924.432

Constam na Plataforma os documentos solicitados para a submissão do projeto:

- 1) Folha de rosto devidamente assinada;
- 2) Formulário Projeto da Pesquisa - PB;
- 3) Projeto de Pesquisa estruturado na íntegra;
- 4) Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e
- 5) Declaração de concordância expedida pela instituição

Recomendações:

Incluir no TCLE que o documento será assinado em duas vias de igual conteúdo

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Considerando o que foi apresentado, sou de parecer favorável à aprovação deste processo

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

FLORIANÓPOLIS, 20 de Dezembro de 2014

Assinado por:
Washington Portela de Souza
(Coordenador)

Endereço: Campus Universitário Reitor João David Ferreira Lima
Bairro: Trindade CEP: 88.040-900
UF: SC Município: FLORIANÓPOLIS
Telefone: (48)3721-9206 Fax: (48)3721-9696 E-mail: cep@reitoria.ufsc.br



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM

PARECER FINAL DO ORIENTADOR


Declaro que o Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) realizado pela acadêmica Talita Santos Dourado, intitulado "Equipe de Consultório na Rua de Florianópolis: reflexões sobre o cuidado na perspectiva da atenção psicossocial" foi aprovado pela banca examinadora realizada em 13 de novembro de 2018.

Durante a realização do TCC, houve responsabilidade com rigor científico e ético, desde a elaboração do projeto até a finalização do trabalho. Trata-se de um estudo descritivo com análise qualitativa de dados. Teve como objetivo promover junto a equipe do Consultório na Rua (eCR) de Florianópolis reflexões acerca do cuidado na perspectiva da atenção psicossocial, considerando o seu papel, sua articulação com as redes e as ofertas de cuidado.

Este estudo traz contribuições importantes para a área da enfermagem e da saúde, em especial no campo da saúde mental resultando numa reflexão acerca da atenção psicossocial desenvolvida pela eCR, identificando o seu papel dentro da rede de saúde e levantando estratégias de cuidado adotadas pela eCR à população em situação de rua, versando sobre a lógica da atenção psicossocial, seja através da compreensão da equipe sobre esse conceito, assim como nas práticas de cuidado ofertadas.

Cabe ainda ressaltar que a acadêmica teve sensibilidade para expor a temática, demonstrando habilidade, criatividade, iniciativa, organização, compromisso e competência para desenvolvê-la, o que repercutiu na qualidade do estudo ora apresentado.

Florianópolis, 19 de novembro de 2018.


Profª Dra. Maria Terezinha Zeferino
Orientadora